

YACHAY TINKUY

SALUD E INTERCULTURALIDAD EN BOLIVIA Y AMÉRICA LATINA



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES



UNIÓN EUROPEA



Luca Citarella - Alessia Zangari
EDITORES

YACHAY TINKUY

SALUD E INTERCULTURALIDAD EN BOLIVIA Y AMÉRICA LATINA

Luca Citarella Menardi
Alessia Zangari
EDITORES



Proyecto de Investigación
Sociales y Humanas

UNIÓN EUROPEA

PROHISABA

Esta publicación se llevó a cabo gracias al apoyo institucional y al financiamiento del Programa de Apoyo a la Higiene y Salud de Base (PROHISABA) y de la Cooperación Italiana. Las opiniones vertidas son de responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente el punto de vista de las instituciones involucradas.

YACHAY TINKUY

Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina

Luca Citarella Menardi
Alessia Zangari
Editores

Corrección de estilo: **Daniela Espinosa** (primera y tercera sección) EGC
Hugo Montes (**segunda sección**)

Diseño: Percy Mendoza EGC
Producción: Editorial Gente Común
Teléfono: 2214493
editorialgentecomun@gmail.com

Edición
PROHISABA
© Cooperación **Italiana**
Editorial Gente Común

Depósito Legal: 4-1-2798-09
ISBN: 978-99954-761-2-0

Impreso en Bolivia
2009

INDICE

Bolivia y la Unión Europea un compromiso solidario	IX
<i>Embajador Kenni Bell</i>	

La interculturalidad es una ñatita sonriente o un diablo que baila	XI
<i>Embajador Silvio Mignano</i>	

Presentación	XII I
<i>Ministro Ramiro Tapia</i>	

PRIMERA SECCIÓN:

UNA INTRODUCCIÓN AL TEMA DE INTERCULTURALIDAD

Desarrollo de la salud intercultural en Bolivia: desde las experiencias locales a las políticas públicas de salud	3
<i>Luca Citarella</i>	

Una visión general sobre la Salud Intercultural en Pueblos Originarios	31
<i>Roberto Campos</i>	

SEGUNDA SECCIÓN:

REFLEXIONES ACERCA DE LA INTERCULTURALIDAD EN SALUD

Presentación	45
---------------------------	----

Pueblos Originarios, biomedicina e interculturalidad: Conferencia Inaugural	47
<i>Roberto Campos</i>	

MÓDULO: SALUD INTERCULTURAL EN AMÉRICA LATINA

Salud intercultural en América Latina: experiencias del pasado y contemporáneas	57
<i>Roberto Campos</i>	

VI

MÓDULO: MODELOS Y SISTEMAS MÉDICOS	
Algunas reflexiones sobre modelos y sistemas médicos	75
<i>Luca Citarella</i>	
Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: de exclusiones ideológicas y de articulaciones prácticas	87
<i>Eduardo Menéndez</i>	
MODULO: COSMOVISIÓN Y MEDICINA ANDINA	127
La salud en la cosmovisión indígena	
<i>Oscar Velasco</i>	
MÓDULO: INTERCULTURALIDAD, ESTADO Y PUEBLOS INDÍGENAS EN BOLIVIA	145
Interculturalidad, Estado y Pueblos Indígenas	
<i>Xavier Albo</i>	
MÓDULO: PLANTAS MEDICINALES Y FARMACOPEA INDÍGENA	163
Los tratamientos populares y el personal de salud: Relevancia de la herbolaria	
<i>Abigail Aguilar, Maria Edith Lopez. Santiago Xolalpa</i>	
Historia de la medicina andina boliviana: Problemas y soluciones posibles	173
<i>Jaime Zalles</i>	
MÓDULO: LA RELACIÓN MEDICO-PACIENTE DESDE UN ENFOQUE INTERCULTURAL	185
La atención del personal de salud hacia el paciente en situaciones interculturales	
<i>Luís Alberto Vargas</i>	
La relación médico-paciente: un enfoque intercultural	201
<i>Andrea Caprara</i>	
MÓDULO: EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA Y EPIDEMIOLOGÍA SOCIOCULTURAL	217
Enfermedades prevalentes en América Latina e interculturalidad en salud	
<i>Roberto Campos</i>	
Las enfermedades desde un enfoque antropológico: epidemiología sociocultural y síndrome de filiación cultural	231
<i>Elia Nora Arganis</i>	
MODULO: EL ENFOQUE INTERCULTURAL EN EL DESARROLLO DE PROGRAMAS DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA SALUD	241
Comunicación para la Salud Intercultural-	
<i>Ariel Pérez</i>	

Educación Intercultural en salud	251
<i>Luca Citarella</i>	

MÓDULO: ALIMENTACIÓN E INTERCULTURALIDAD

La alimentación y la nutrición en contextos interculturales	263
<i>Luís Alberto Vargas, Leticia Casillas</i>	

La alimentación en contextos interculturales : algunas consideraciones	273
<i>Montserrat Salas</i>	

MÓDULO: DERECHOS HUMANOS Y ÉTICA MÉDICA

La ética, la interculturalidad y los derechos humanos para la protección de la salud	291
<i>Adriana Ruiz</i>	

MÓDULO: SALUD MATERNO-INFANTIL CON ENFOQUE INTERCULTURAL

La salud materno-infantil en un contexto intercultural: el proceso reproductivo	311
<i>Zuanilda Mendoza</i>	

TERCERA SECCIÓN:

EXPERIENCIAS DE SALUD INTERCULTURAL EN POTOSÍ

Presentación	333
---------------------------	-----

La adecuación cultural de las infraestructuras de salud	337
<i>Ingrid Tapia, Juan Carlos Delgadillo</i>	

La experiencia del Postgrado en Salud Intercultural Willagkuna	363
<i>Alessia Zangari</i>	

La experiencia de la Oficina Intercultural Willagkuna en el Hospital Daniel Bracamonte	393
<i>Alessia Zangari</i>	

El modelo de salud intercultural del municipio de Tinguipaya	411
<i>Ingrid Tapia, Juan Carlos Delgadillo</i>	

Formulación de políticas publicas a través de experiencias de ayuda al desarrollo:

la salud publica intercultural en el contexto de la cooperación sanitaria entre Bolivia e Italia	441
<i>Missoni, E., Lapenta, A., Luzj, V., Zangari, A., Leonelli, L., Bruzzone, D.</i>	

El Enfoque Intercultural en la Atención de la Salud Materna : una estrategia de aplicación	453
<i>Alessia Zangari</i>	

El proceso de fortalecimiento de la medicina tradicional: el Consejo
de Médicos Tradicionales y Originarios de Potosí 481
Juan Carlos Delgadillo, Ingrid Tapia

El Programa de Salud Intercultural del Servicio Departamental de Salud de Potosí 509
Mendisabal, L., Miranda, J., Marca, C., Arriaga, E.

Anexo: Autores que contribuyeron a este volumen 515

BOLIVIA Y LA UNIÓN EUROPEA: UN COMPROMISO SOLIDARIO

La Unión Europea comparte con Bolivia el compromiso conjunto de trabajar por la reducción de la pobreza y mejorar la salud y las condiciones de vida de la población, especialmente en las zonas más deprimidas del país.

En este contexto, es grato presentar el libro *Yachay Tinkuy, Encuentro de Saberes*, publicado con el propósito de servir como herramienta técnica, didáctica y científica para el diseño de políticas interculturales de salud, en el marco de la extensa agenda de cooperación de la UE y de las acciones de otros cooperante internacionales, y del propio Estado Plurinacional de Bolivia, para mejorar la situación de los pueblos originarios.

El Programa de Apoyo al Sector de la Higiene y Salud de Base en Tarija y Potosí (PROHISABA), apoyado técnica y financieramente por la Unión Europea, trabaja para aumentar la cobertura en salud y mejorar la calidad de atención en dichos departamentos.

El Programa ha contemplado prioritariamente el aspecto de la adecuación intercultural de los servicios de salud como estrategia necesaria para lograr una mayor accesibilidad y pertinencia de estos servicios.

Se ha desarrollado una serie de experiencias operativas en los servicios de salud, las cuales se encuentran ahora sistematizadas en este estudio que recoge tanto las buenas prácticas como las dificultades en el proceso de aplicación de la salud intercultural.

El libro contiene también reflexiones teóricas y conceptuales sobre el tema de la salud intercultural que pueden ser de utilidad para profesionales interesados en mejorar su nivel de conocimiento y sensibilización en torno a esta cuestión.

Espero que los datos y la información reunida en este documento puedan ser de utilidad para la población, para los profesionales que actúan en el campo de la salud y para las instituciones interesadas en el progreso de Bolivia.

Embajador Keuny Bell

JEFE DE LA DELEGACIÓN DE LA UNIÓN EUROPEA

LA INTERCULTURALIDAD ES UNA ÑATITA SONRIENTE O UN DIABLO QUE BAILA

Una multitud multicolor se abulta frente a la entrada del Cementerio Monumental de La Paz, ponchos morados, polleras de lila brillante de seda y perlas, borsalinos verdes, sombreros negros y rojos, camisetas amarillas, mantas azules. Un río de gente que corre a través de las grandes rejas de metal, regulado con afán por unos policías atentos, respetuosos. Estandartes de tejido espeso y pesado se alternan con *wiphalas* y tricolores.

Una mujer avanza con paso lento, llevando delante de sí, fatigosamente, dos tetas de madera pulida, elegantes, completamente tapadas por una cascada de pétalos blancos, iridiscentes, índigo: dentro, sobre colchoncitos de terciopelo, dos calaveras color de leña quemada, los dientes amarillentos, íntegros, que a rato parecen sonreír pacientes frente al frenesí de las personas alrededor.

Otras ñatitas están en el piso, contra la pared del recinto. Hombres y mujeres las acarician con sus miradas, hablan con ellas lentamente, saboreando la soleada intimidad que se ha creado entre calaveras y vivientes. La muerte recibe su alabanza, pero al mismo tiempo parece desvanecerse, tiene que huir delante de la vital catarsis que viene de las risas, de los abrazos, de la comida que pasa de una mano a otra, como una oferta a la vida.

En la tradición de las fiatitas conviven la cultura ancestral del altiplano -esa relación con la muerte y con los muertos que la sabiduría de los antepasados ha construido sobre una base de familiaridad y confianza, sin angustiosa distancia entre uno y otro mundo- y los ritos de la religión católica, especialmente del día de los muertos, el 2 de noviembre.

Lo que queda es un sentimiento colectivo que pertenece a las dos esferas y a ninguna, que es cosa nueva, rito fundador.

La interculturalidad no es un hecho, no es un dato estático y definido: más bien, es un proceso, un camino, lento y pausado como el paso de esa mujer gravada por el peso de las dos tetas de cristal y madera, pero continuo, donde los distintos aportes no tienen inicialmente una posición clara, parecen piezas de un rompecabezas que no encajan pero igual forman figuras..

Es una dialéctica que procede realizando una síntesis en movimiento, descartando y admitiendo elementos sin prejuicio y sin conocer la forma final de la quimera. Pero una quimera finalmente habrá.

XII

Así como en las expresiones de la cultura popular y del tejido de narraciones y ritos que rigen la convivencia en las urbes o en el altiplano, la interculturalidad ingresa también al ámbito de la organización social, de las estructuras públicas, de la gestión de la salud de la población. Se trata de un desafío, nada fácil, pero justamente por ello capaz de aportar un desarrollo decisivo al bienestar colectivo.

Es lo que la Unión Europea e Italia -a través de su Embajada y de su Oficina de Cooperación- han decidido hacer con compromiso y convicción hace más que una década en el departamento de Potosí, en ese altiplano profundo y rico de cultura y de sensibilidad humana, donde Bolivia se hace más mágica y donde el sentido de pertenencia a un mundo antiguo y moderno, a un calidoscopio de patrimonios de la memoria y de la investigación es sumamente poderoso.

Valorizar la medicina tradicional y el papel de médicos y parteras originarios sin detener el progreso y la difusión de las más modernas metodologías médicas académicas no es tarea simple, pero es el único camino que puede garantizamos alcanzar a la totalidad de la población y crear puentes interculturales con la finalidad de mejorar la atención a los pacientes -a todos los pacientes- y la calidad de la vida de los habitantes de la región.

Al mismo tiempo la calidad y la profundidad de la investigación científica son otras beneficiarias de ese intercambio cultural. Aprender nuevas prácticas de interrelación es un patrimonio más que los operadores de la salud pueden estudiar e incluso exportar a otros ámbitos culturales, con la conciencia de que cada vez habrá que recomenzar, que cada vez habrá que adecuar las enseñanzas de la praxis a las distintas condiciones de los lugares donde se actúa, a las específicas formas de cultura cuyo encuentro queremos favorecer.

La cooperación se muestra por lo que realmente es y debe ser: no un gesto unilateral ni unidireccional desde el donante al recipiente, sino biunívoco y circular, donde los beneficios y los enriquecimientos pasen de uno a otro, de ese otro a otro más, y vuelvan a menudo a quien comenzó el primer acto, devolviéndole una riqueza nueva, multiplicada por la participación de los demás.

Ruedan los diablos, el rojo vivo lanzando chispas de color y luz en movimiento hacia los ojos de los espectadores. Ruedan las china supay, sus minifaldas convertidas en abanicos de elegancia y seducción; cabriocean los osos, sus cuerpos aparentemente torpes repentinamente ágiles y veloces. Avanza el Arcángel, su escudo y su espada una señal que transforma los diablos en legión ordenada y rigurosa.

En la diablada de Oruro las leyendas de los Urus, el duelo entre el terrible Huari y la divina Inti Wara se mezclan con los ritos de la Virgen de la Candelaria y de la Virgen del Socavón, con la iconografía del Arcángel Gabriel y de la rebelión de Lucifer y de sus compañeros. La música y el movimiento de los originarios del altiplano y los vestidos y las historias de las crónicas medievales se buscan y se encuentran, sin que prevalezcan ni los unos ni los otros, sino naciendo en nuevas formas de expresión, en continuo devenir.

Esto es interculturalidad, no nos espera parada e inmóvil, sigue moviéndose al compás de la diablada, con las piernas de las chinas, las alas de los arcángeles, los brazos abiertos de los sublimes demonios.

He hablado de quimera, antes: la quimera no es necesariamente un espejismo, algo inalcanzable. En su origen, en la mitología griego-romana, así como llegó a nosotros a través de un espléndido bronce etrusco del IV siglo a.C., es un animal conformado por elementos de otros animales, leones, cabras, dragones o serpientes: es la metáfora de la interculturalidad, de la inserción de saberes, comportamientos, valores de una cultura en la otra y viceversa. Es el gesto del abrazo con el cual se acoge al otro.

Silvio Mignano

E, IB i un'ni. Ii Lit e v Boi.n u

PRESENTACIÓN

El modelo de **Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI)** propone una nueva forma de concebir la atención en salud con un enfoque que articula y complementa la medicina académica con la tradicional a través del rescate del saber tradicional, como un aporte a la construcción de un sistema de salud institucional eficaz y pertinente desde un punto de vista cultural.

Para el modelo sanitario SAFCI, las personas no son sólo una entidad física sino una unidad bio-psico-social en la que los contextos social y cultural alimentan al ser biológico; por ello, deben ser conservados con toda su energía. El desarrollo de la interculturalidad en salud es una forma de generar puentes entre los distintos recursos que la población tiene a disposición para resolver sus padecimientos.

Los médicos SAFCI viven la interculturalidad en salud con una visión integral y brindan atención médica a personas, familias y comunidades respetando su forma de entender la calidad de la atención médica.

Yachav Tinkuy, Encuentro de saberes, es un texto científico elaborado de manera didáctica que sistematiza las experiencias desarrolladas en Bolivia en el ámbito de la salud intercultural, en particular en el departamento de Potosí. Se constituye en un importante aporte a los pueblos de nuestro Estado Plurinacional, a sus culturas, y servirá de referente para el desarrollo de las políticas de Salud Intercultural, los procesos de formación en el pre y post grado de las universidades y, finalmente, para entender la salud de manera integral en busca de mejorar la calidad de nuestras prestaciones y la réplica de las buenas experiencias.

Dr. Ramiro Tapia Sainz

MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

I

UNA INTRODUCCIÓN AL TEMA DE INTERCULTURALIDAD

DESARROLLO DE LA SALUD INTERCULTURAL EN BOLIVIA: DESDE LAS EXPERIENCIAS LOCALES A LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD*

Luca Citarella Menardi

Los pueblos indígenas tendrán derecho al reconocimiento legal Y ala práctica de su medicina tradicional, tratamiento, farmacología, prácticas y promoción de salud, incluyendo las de prevención y rehabilitación... así como a la protección de las plantas de uso medicinal esenciales para la vida en sus territorios tradicionales... Ellos tendrán derecho a usar; mantener, desarrollar y administrar sus propios servicios de salud, así como deberán tener acceso, sin discriminación alguna, a todas las instituciones y servicios de salud .v atención médica accesibles a la población en general... Los Estados proveerán los medios necesarios para que los pueblos indígenas logre; eliminar las condiciones de salud que existan en sus comunidades y que sean deficitarias respecto a estándares aceptados para la población en general.

Artículo XII de la Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, 26 de febrero de 1997.

Introducción

La presencia de 45 millones de indígenas pertenecientes a más de 400 pueblos originarios diferentes (OPS, 2002), patentiza la diversidad cultural de la población en el continente americano. Ningún análisis de las condiciones de vida y de salud puede, por tanto, dejar de lado la consideración del carácter multicultural, multiétnico y multilingüe de este territorio.

Al igual que en la gran mayoría de los países latinoamericanos, la realidad social de Bolivia es multiétnica y pluricultural, hecho que se demuestra por la existencia de 35 grupos indígenas y originarios -la gran mayoría quechuas, aymaras y guaraní-, y por las varias culturas que coexisten en su territorio. La población indígena representa, según estadísticas oficiales¹, el 62% del total la población del país.

* Este artículo ha sido escrito en colaboración con Alessia Zangari, antropóloga italiana.

¹ El dato confiable para calcular el porcentaje de población indígena en Bolivia sigue siendo el Censo de Población 2001.

Bolivia es uno de los países que aprobó y ratificó el Convenio N° 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre Pueblos Indígenas y Tribales, y el 2007 fue el primero en ratificar la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas.

En 2006, con la subida al poder del primer presidente indígena de la historia de Latinoamérica, Bolivia emprendió un proceso de profunda transformación de las instituciones del Estado y de descolonización de su historia, cultura y sociedad. La nueva Constitución Política del Estado, promulgada el 7 de febrero de 2009, reconoce los derechos de los pueblos indígenas de autoderminación cultural, lingüística, política, territorial y religiosa, constituyéndose en uno de los documentos más avanzados en América Latina (y probablemente en el mundo) en cuanto al reconocimiento de un Estado y de una sociedad plural.

Bolivia se constituye en un Estado Unitario Social de Derecho, plurinacional, comunitario, libre, independiente, soberano, democrático, intercultural, descentralizado y con autonomías. Bolivia se funda en la pluralidad y el pluralismo político, económico, jurídico, cultural y lingüístico, dentro del proceso integrador del país.' [...] el Estado garantiza, respeta y protege los derechos de las naciones y pueblos indígena originario campesino consagrados en esta Constitución y por la ley.'

En lo concerniente al derecho a la salud, en su artículo 42, la Constitución afirma la necesidad de:

Promover y garantizar el respecto, uso, investigación y práctica de la medicina tradicional, rescatando los conocimientos y prácticas ancestrales desde el pensamiento y valores de todas las naciones y pueblos indígenas, originarios y campesinos. Además, la promoción de la medicina tradicional incorporará el registro de medicamentos naturales y de sus principios activos, así como la protección

de su conocimiento como propiedad intelectual, histórica, cultural y como patrimonio de las naciones y pueblos indígenas originarios campesinos.

El reconocimiento político que otorga la Constitución a los pueblos originarios debería traducirse en leyes y políticas públicas sectoriales que aborden el reto de la multiculturalidad y de la construcción de una ciudadanía plural. Pese a estos claros avances en el reconocimiento y representación política de los pueblos indígenas de Bolivia, estos no se han traducido aún en resultados concretos en términos de reducción de la pobreza, mayor acceso a los recursos naturales, y dotación de derechos fundamentales, como el agua y la salud'. Las poblaciones rurales e indígenas de Bolivia enfrentan aún obstáculos para obtener el pleno desarrollo de sus derechos y libertades, en el marco de un proceso de superación de la pobreza.

Existe, en efecto, la necesidad de adecuar las prestaciones del Estado a las específicas necesidades de la población originaria, como una forma de respetar los derechos básicos establecidos, mejorar la accesibilidad de los servicios (educación, salud, justicia, agua) y promover una "gestión pública intercultural". Las acciones de lucha contra la pobreza debieran incluir la transversal de interculturalidad, como una forma de reconocer "lo propio" y, a partir de lo propio, promover acciones para el mejoramiento económico y de la calidad de vida.

Estructura de los sistemas de salud en Potosí y en Bolivia: un universo plural de recursos terapéuticos

En Potosí -como en el resto, sobre todo andino, del país- existen diferentes sistemas de atención de salud a los cuales la población recurre para solucionar

² Artículo V de la Constitución Política del Estado, Edición Oficial, 7 de Febrero 2009.

³ Artículo 30, párrafo 111 de la nueva Constitución, 7 de Febrero 2009.

⁴ El Gobierno del Presidente Evo Morales ha puesto el acento en un programa de alfabetización masiva que ha producido resultados significativos entre la población analfabeta, sin embargo, resultados tan contundentes no han podido aún ser registrados en el tema de la pobreza, así como en el acceso a los servicios de agua y de salud.

⁵ Ver a este propósito la publicación *Gestión pública intercultural*, SNAP, Ministerio de Hacienda, La Paz, 2008

sus problemas. Hacemos referencia a tres tipos de sistemas médicos: el Sistema Nacional de Salud pública -sistema biomédico-, los sistemas de medicina tradicional, y el sistema de autoatención.

Sistema biomédico

El sistema biomédico está compuesto por los sistemas público y privado de salud. Consiste en un universo de saberes y prácticas reconocido y legitimado como científico, oficial y académico, no solamente en Bolivia, sino a nivel universal. Desde el punto de vista de las ciencias sociales, este sistema ha sido identificado como representativo de una específica cultura occidental y mercantilista.

Este sistema equivale al modelo médico hegemónico, es decir, al conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de la medicina científica, el cual, desde fines de siglo XVIII, ha logrado identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada por criterios científicos como por el Estado. (Menéndez, 1990: 83).

[...] las principales características del modelo médico hegemónico biomédico son: biologicismo, asociabilidad, ahistoricidad, aculturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación medico/paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, salud/enfermedad como mercancía, tendencia a la medicalización de los problemas y a la escisión entre teoría y práctica. (Menéndez, 1990: 87).

Según Arthur Kleinmann, las particularidades de ese sector dependen: a) de su convicción reduccionista de que sólo puede haber una única y objetiva verdad, cuyo conocimiento se encuentra en la naturaleza, lo biológico y el orden material de la existencia, excluyendo lo teológico; b) de la consecuente deslegitimación del sufrimiento y de la sanación, efecto placebo, mientras se reivindica la enfermedad, de origen físico, y la eficacia fisiológica de los tratamientos; e) de su auto identificación como un programa científico-tecnológico que

progresivamente va aumentando su conocimiento y desarrollando poderosas operaciones terapéuticas; d) de su alto grado de institucionalización, burocratización y profesionalización relacionados con su desarrollo bajo el sistema capitalista. De esta manera la atención se transforma en mercancía, y como institución preeminente de la sociedad industrial se lleva a cabo un proceso de medicalización, de control de la realidad social en términos biomédicos (Kleinman, 1995: 21-40). En otras palabras, este sistema médico tiende a subordinar a los otros sistemas mediante relaciones de cooptación y exclusión de saberes, prácticas y agentes curativos que, en cuanto formas de atención, están presentes en el vasto universo de la atención de la salud en Bolivia y es reconocido por el Estado. Esto se refleja en sus políticas y planes de salud.

En Bolivia, el sistema público de salud está encabezado por el Ministerio de Salud y Deportes (MSD), que está conformado por los viceministros de Salud, de Promoción de la Salud y Deportes, y por el de Medicina Tradicional e Interculturalidad, este último creado el 8 de marzo de 2006, bajo el mandato de Evo Morales.

El Sistema Nacional de Salud establece cuatro ámbitos de gestión: nacional, correspondiente al Ministerio de Salud y Deportes; departamental, correspondiente al Servicio Departamental de Salud (SEDES) dependiente de la Prefectura; municipal, correspondiente al Directorio Local de Salud (DILLOS); y local, correspondiente al establecimiento de salud en su área de influencia y la brigada móvil como nivel operativo. (Ministerio de Salud y Deportes 2003: 54).

En teoría, el Ministerio de Salud y Deporte es el órgano rector y normativo de la gestión en salud en el ámbito nacional: formula estrategias, políticas, planes y programas nacionales, dictando las normas para el Sistema Nacional de Salud. El SEDES es el articulador de las políticas nacionales y de la gestión municipal, coordina y supervisa la gestión de salud en el departamento y es el encargado de cumplir y

hacer cumplir las políticas de salud y las normas de orden público en su jurisdicción territorial.

El gobierno municipal es el responsable de la administración de los establecimientos de salud y de las cuentas municipales de salud a través de los DILOS y de los comités de vigilancia. El DILOS es la máxima autoridad de salud en toda el área territorial del municipio. Está conformado por el Alcalde Municipal o su representante y el representante del Comité de Vigilancia (Juntas Vecinales o pueblos campesinos, indígenas u originarios, organizados según sus usos, costumbres o disposiciones estatutarias). Entre sus funciones y atribuciones está, además de la mejora los servicios de atención médica, la promoción y prevención de la salud y el fomento de la activa participación de la comunidad en todos los establecimientos de salud.

En la práctica existen varios problemas en la articulación entre los tres niveles del sistema público: en términos de gestión, la doble dependencia del Municipio y del SEDES no favorece la coordinación interna y la eficiencia y eficacia del sistema. Más aún, a nivel nacional registramos la existencia de sistemas de seguros y "Cajas" que cubren vastos sectores de la población y que no se relacionan adecuadamente con el sistema público

En términos de funcionamiento se puede afirmar, en general, que el sistema de salud institucional es inequitativo e ineficiente: no toma en cuenta la diversidad cultural, social y étnica del país. Los establecimientos de salud presentan insuficiente capacidad resolutoria, baja y mala calidad y eficiencia, están desconectados entre sí, mal distribuidos, deficientemente equipados, con profesionales desmotivados y poco preparados para trabajar en la realidad multicultural de Bolivia'. Por su parte, la población tiene una muy baja percepción de la calidad del servicio y, en algunos casos, fuerte resistencia al uso del sistema, hecho que se refleja (sobre

todo en área rural) en bajas tasas de cobertura. Incluso en los programas y prestaciones cubiertas por el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) y otros seguros que benefician a la población.

Sin embargo, el uso de la biomedicina por parte de la población se difunde en forma paralela a los fenómenos de aculturación y transformación cultural. Es más frecuente entre la población criolla y cercana a los centros urbanos, en tanto que en las áreas rurales aún persisten barreras que condicionan su acceso y los doctores son aun llamados *kharisiris*'. El desarrollo de estas barreras está muy vinculado con las experiencias -positivas o negativas- de contacto con el sistema de salud institucional. Es innegable que, en el caso del parto, paulatinamente las mujeres están empezando a dirigirse al personal biomédico para dar a luz', incluso en áreas rurales. Sin embargo, raras veces se animan a largos desplazamientos hacia establecimientos de salud lejanos. Y si bien aceptan realizar los controles prenatales, las parturientas optan por ser atendidas en su casa, considerando que se trata de un asunto privado que se tiene que limitar al círculo familiar, en una atmósfera íntima y cálida. En algunos casos recurren a un(a) partero(a), pero usualmente la madre, el esposo u otro miembro de la familia asume este rol.

Sistema médico tradicional

Otro sistema médico que coexiste con el biomédico es el de la medicina tradicional o de las medicinas tradicionales. Las categorías de enfermedad observadas en este sistema se diferencian de la biomedicina: la enfermedad es percibida como una ruptura en el orden natural y social. Una persona se enferma porque ha transgredido alguna norma establecida por la cultura. La tarea del médico tradicional consiste en reestablecer el equilibrio -tanto en el orden social como religioso- a través de rituales de curación.

6 Plan de Desarrollo Sectorial de Salud 2006-2011

7 Literalmente "chupagrasa". Ver el texto de Ivan Castellón, *Abril es tiempo de kharisiris*.

8 Habrá que evaluar el efecto que pueda tener el "bono Juana Azurduy" en el acceso a los servicios institucionales de maternidad. Este bono otorga a la madre un monto financiero para asistir a los controles prenatales y al parto.

Estar sano o enfermo en las sociedades humanas no depende solo de la estructura celular y de los componentes orgánicos del cuerpo sino que cada cultura decide dar sentido a lo que entiende por salud y enfermedad. En poblaciones amerindias de Bolivia existe un complejo conjunto de formulaciones culturales sobre enfermedades, los llamados "síndromes culturales" que recogen aspectos diferenciados de su realidad cultural. No tiene sentido la parcelación orgánica, mirar "adentro" del cuerpo o preocuparse de un órgano específico. Los rituales terapéuticos empleados por diferentes grupos étnicos de Bolivia hacen alusión a modelos simbólicos de percepción y concepción del cuerpo y del ser humano en situación de eficacia social, junto con su estructura social y de parentesco, así como las diferentes cosmovisiones que, según cada caso, se ven afectadas. Es por esto que buena parte de los procedimientos terapéuticos son de carácter ritual y simbólico de forma paralela al conocimiento prolijo de especies naturales que emplean en su abundante farmacopea tradicional. (Fernández 2008: 196)

Se puede afirmar que en Bolivia, los habitantes hacen un amplio uso de las medicinas tradicionales, entendidas como un conjunto de conocimientos y prácticas fruto de miles de años de observación, experimentación empírica y, más recientemente, de cambio cultural. Los grupos étnicos desarrollaron estrategias para prevenir, entender y curar las enfermedades a través de un sistema médico perfectamente imbricado en el contexto cultural, ofreciendo las acciones necesarias para procurar el bienestar del hombre y, al mismo tiempo, dando una explicación consistente al fenómeno de la enfermedad. Se puede afirmar que en Bolivia existen varias medicinas tradicionales, en cuanto cada grupo indígena tiene características socioculturales que se expresan a través de su cosmovisión, su lenguaje y sus formas particulares de entender los problemas relacionados con la salud y la enfermedad. Las distintas concepciones de la salud, la enfermedad y las prácticas médicas están estrechamente relacionadas a los factores sociales y culturales propios de cada grupo.

La zona andina que hoy se denomina Bolivia perteneció durante el periodo incaico, al territorio denominado Qollasuyo, la región de los médicos y de las medicinas (*golla*: planta medicinal, *suyo*: región). La cultura *Qolla* fue una cultura fundamentalmente médica y los *Bollas* se dedicaron plenamente al ejercicio de la medicina. Esta sabiduría se transmite todavía de generación en generación, según precisas reglas comunitarias. Su fuerza está en la aceptación y legitimación por parte de su comunidad. El papel de los médicos tradicionales no sólo era el de curar, sino también tratar de mantener la integridad de todo el grupo, salvaguardar la sociedad, su orden y el equilibrio en su relación con la naturaleza y con el cosmos. Aunque los procesos de occidentalización y globalización tienden a homogeneizar las diferencias culturales, haciendo del modelo médico-científico el modelo hegemónico, existen formas de resistencia que permiten la conservación y la continúa revitalización de prácticas y conocimientos tradicionales en el tratamiento de los problemas de salud y enfermedad.

Sin embargo, desde hace algunas décadas, la medicina tradicional en Bolivia (así como en otros países latinoamericanos) vive profundos procesos de transformación, vinculados a los procesos de cambio cultural, a la modificación de la identidad y a la migración rural-urbana. Todo esto se traduce en algunos fenómenos, que queremos destacar, como ejemplo, la diversidad de actores terapéuticos.

Las investigaciones realizadas en campo permiten identificar diferentes categorías de medicina tradicional-popular y distintos médicos tradicionales en todo el país que curan de manera heterogénea y con base a creencias y universos culturales distintos. Podemos mencionar a los *naturistas*, que se asientan fundamentalmente en núcleos urbanos, aun en pequeños centros rurales. Sus curaciones se relacionan fundamentalmente con el uso de plantas medicinales y otros remedios empíricos destinados a combatir las causas naturales de la enfermedad. A menudo tienen "consultorios", conocen las plantas y curan a través

de la alimentación, mates, uso de plantas medicinales, masajes, etc. En algunos casos atienden enfermedades espirituales que afectan el buen vivir de las personas. Los *kallawayas*, parte de un grupo étnico andino que originalmente se asentó en la provincia Bautista Saavedra en el norte de La Paz y cumplía una función de atención médica itinerante en territorios muy amplios; actualmente viven en una extensa área de valles interandinos entre el Altiplano y los Yungas hasta la ciudad de Potosí. Estos hombres están dedicados, desde la época precolombina, a la recolección de plantas en los varios pisos ecológicos, desde el Altiplano hasta la selva amazónica entre Bolivia y Perú. Practican la medicina tradicional utilizando mates, cataplasmas y especies herbáceas en general. Conocen la "terapia simbólica" y realizan mesas rituales para distintos tipos de curación. Los *jampiris*, por su parte, diagnostican mediante la lectura de la coca, de los naipes o de las venas; tratan a los enfermos con frotamientos de objetos o animales, con sahumerios. Atienden partos y usan plantas medicinales. Son médicos comunitarios muy vinculados a estructuras sociales tradicionales. Los *curanderos -a* menudo una denominación genérica de los médicos tradicionales o naturistas- que usan mesas rituales y "limpias", además de conocer algunas plantas. Los *yatiris*, consagrados por el rayo, practican ceremonias rituales. Las *parteras* y los *parteros*, que se dedican a la atención del embarazo y del parto, acomodan al bebé "manteando" a la madre; conocen algunas plantas medicinales y otras prácticas empíricas para la atención del parto. Los *hueseros*, que curan fracturas, dislocaduras de los huesos, desgarres, torceduras o lastimaduras. Existe, además, una rica categoría de *yerberos* o conocedores de plantas -relativamente fácil encontrarlos en las ciudades y en los pueblos- venden plantas, conocen sus posologías y ofrecen mates curativos.

Las especialidades no son exclusivas, una sola persona puede atender varias dolencias: "Yo estoy en lista como partero, componer alguna lastimadura, con hierbas de campo, algunas picaduras, todo

eso" (Médico tradicional. Grupo focal multidisciplinario, Tarupayo, Tarija).

Sin embargo, pese a mantener un fuerte arraigo a la tradición, estas categorías de médicos tradicionales no son indiferentes a la evolución cultural, particularmente en áreas donde la migración o a la influencia urbana es más acelerada. En las comunidades rurales aisladas se mantienen los rasgos culturales antiguos, y la cultura se trasmite con variaciones más limitadas. Muchos otros médicos tradicionales, en cambio, "innovan en sus prácticas", incorporando a sus métodos de curación conocimientos más "modernos", tratamientos biomédicos o curaciones "comerciales" disponibles en el mercado. En los contextos urbanos los terapeutas deciden aprender por interés o motivaciones personales y económicas, sin ser "designados por el rayo" o por otras formas de transmisión social establecidas por la cultura. Estos terapeutas se oponen, en algunos casos, a la médicos tradicionales utilizando una medicina "mixta", que mezcla distintos tipos de remedios "populares", y busca una articulación con el sistema de salud institucional, incluso pretenden que se les reconozca con ítems del Estado para poder ejercer oficialmente dentro de la institucionalidad del sector salud.

El cambio cultural acelerado y el proceso de migración rural-urbana están dejando profundas huellas de transformación: en el ámbito urbano la medicina tradicional se "populariza", transformándose en un híbrido de creencias y prácticas que pierde relación con el sistema ancestral comunitario. Es necesario mencionar el peso de otros factores: la medicina tradicional-popular se ha transformado en una estrategia de sobrevivencia y mejoramiento económico individual, de muy difícil control. Existen consultorios urbanos de "médicos tradicionales" que prometen curaciones de todo tipo y contra enfermedades que no pertenecen al acervo tradicional (como el cáncer) y de una manera coherente con lo que el "mercado" está buscando. Es en este contexto que crece exponencialmente el fenómeno de la "charlatanería".

En el caso de la medicina nativa más vinculada con el ámbito rural-comunitario también se registran fenómenos de transformación muy profundos: el sistema de transmisión de conocimientos, vinculado a las estructuras de poder comunitario y al proceso de selección informal de los especialistas en las redes sociales tradicionales está perdiendo vigencia. El fenómeno de migración rural-urbana, que golpea sobre todo el sector más joven de la población, tiene graves repercusiones en la medicina tradicional, los especialistas más ancianos encuentran más dificultad en encontrar "a rendices" que estén dispuestos a asumir los sacrificios de una formación como médicos y que quieran asumir el rol de liderazgo y de "presencia en el territorio" que implica el ejercicio de la medicina tradicional. Finalmente, están cambiando los circuitos sociales y de reciprocidad que permitan el acceso a las plantas medicinales en el marco del "control vertical del territorio y de los pisos ecológicos". Todo este proceso redundará en una progresiva pérdida del patrimonio de conocimientos y de legitimación general del sistema.

Al mismo tiempo, la medicina tradicional se ha apropiado, parcialmente, de las herramientas "modernas" de sistematización y transmisión de conocimiento, comenzando por la lengua escrita. Las investigaciones etnobotánicas, fitoquímicas sobre los principios activos de las plantas medicinales representan un patrimonio "académico" que en muchos casos no es accesible a los circuitos universitarios nacionales y, menos aún, a los médicos tradicionales que no encuentran maneras de renovar su cultura.

En síntesis, el sistema de medicina tradicional atraviesa una fase de "crisis y transformación" que se debe analizar y estudiar a fin de reconocer e interpretar estos nuevos fenómenos.

Sistema de autoatención

Seguindo la definición de Eduardo Menéndez:

[por autoatención] nos referimos a las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención directa e intencional de

aun cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención" (Menéndez 2002: 14)

[...] es el diagnóstico y la atención (prevención) que lleva a cabo la propia persona o los integrantes del grupo familiar o de los grupos comunitarios, donde no intervienen curadores profesionales [...] Este modelo está en la base de todos los anteriores, y su estructuración se fundamenta en sus funciones curativo-preventivas y -sobre todo- socioeconómicas [...] Los caracteres básicos son: eficacia pragmática, concepción de la salud como bien de uso, y tendencia a percibir la enfermedad como mercancía; estructuración de una participación simétrica y homogeneizante; legitimidad grupal y comunal; concepción basada en la experiencia; tendencia a la apropiación microgrupal de las prácticas médicas: tendencia sintetizadora; tendencia a asumir la subordinación de los otros modelos. (Menéndez 1990:89-90)

En otras palabras, este sistema consiste en saberes y prácticas populares en torno a la prevención y diagnóstico de las enfermedades y en prácticas de automedicación que son manejadas en el universo personal-familiar. Se trata de saberes y prácticas tradicionales transmitidas de generación en generación, sobre todo por vía materna, que tienen una eficacia pragmática y emocional. Como afirma Susana Ramírez9:

[...] existen diferentes técnicas para el diagnóstico de las enfermedades/padecimientos que son realizadas por las madres en el interior del hogar. Una de ellas es a través del sueño. Los sueños requieren de una interpretación minuciosa, que muchas madres saben realizar. Otra de las técnicas para diagnosticar la enfermedad/padecimiento es a través de la observación del orín, de la lectura de la coca y tomando el pulso de la sangre. Otras

9 Susana Ramírez, *Donde el viento llega cansado*, Cooperación Italiana, Potosí, 2006.

técnicas guardan relación con el enorme acervo de conocimientos vinculados a las plantas medicinales, remedios empíricos que se transmiten informalmente y por tradición "popular". Algunas madres conocen dichas técnicas y hacen uso de ellas para los miembros de su familia, pero éstas son en realidad las técnicas de diagnóstico utilizadas por los terapeutas tradicionales que, como se ha podido comprobar, son reincorporadas en los saberes maternos.

La automedicación, bastante difundida entre la población urbana y rural, es el producto de múltiples factores que persisten en el tiempo: la falta de recursos para recurrir al sistema biomédico, la marginación geográfica, las barreras culturales y lingüísticas que dificultan el acceso de la población al sistema biomédico, y la interiorización de saberes y prácticas del sistema médico tradicional como aspectos culturales y tradicionales propios.

Sin embargo, la automedicación aparece como una problemática para los médicos y el sistema biomédico en general, no así para las madres, para los terapeutas tradicionales ni para los pastores evangélicos, quienes reconocen el saber de las madres en la resolución de algunos problemas de salud. (Ramírez: 2006)

El ambiente familiar influye de forma relevante en la toma de decisiones sobre la enfermedad y representa el principal "filtro" para la toma de decisiones. La automedicación es muy frecuente, ya sea porque la familia posee conocimientos que pretende aplicar en el ámbito de la salud, o porque "curarse dentro de la casa" representa un ahorro frente a cualquier otro recurso terapéutico externo. Sólo cuando el enfermo no se cura se recurre a médicos tradicionales o al sistema institucional. La autocuración es, por tanto, la primera manera de enfrentar la enfermedad. Las mujeres son las que más conocen los métodos de diagnóstico y de curación relaciona-

dos a los niños, pero los padres también asumen un rol determinante, por ejemplo en el caso.

Itinerarios terapéuticos e interacción entre sistemas médicos¹⁰

La población combina e integra constantemente sistemas médicos y prácticas terapéuticas para resolver sus problemas de salud-enfermedad. Las medicinas "alternativas", ya sea tradicionales o naturistas, se utilizan de forma masiva tanto en el ámbito urbano como rural, así como en las comunidades aisladas donde "no hay doctor". En Potosí, sobre todo en el área rural, hay que subrayar la desconfianza de los beneficiarios quechuas hacia el sistema médico institucional; la población anciana, que siempre ha vivido en las zonas rurales más aisladas y que ejerce una actividad exclusivamente agrícola o ganadera, rechaza categóricamente la biomedicina. Las nuevas generaciones, en cambio, van alejándose de las prácticas tradicionales.

Distintas investigaciones realizadas recientemente intentaron comprender las "lógicas de curación" realizando un seguimiento de los "itinerarios terapéuticos", tanto en ámbito rural como urbano. El material de campo, recopilado en estas investigaciones, evidencia una diversidad de situaciones, pero también revela algunos patrones comunes: las familias escogen los itinerarios con base a su cultura, a sus posibilidades económicas y al grado de educación, que por lo general es muy bajo. Tienden a manejarse en un universo complejo, en el que la cosmovisión y las creencias locales se mezclan con los "nuevos elementos" del sistema de salud. Se re-interpretan así las formas de curación, se reasignan significados: la medicina tradicional, la biomedicina y la autocuración se articulan, integrando distintos conceptos de salud, nuevas lógicas de complemen-

¹⁰ En esta sección se utilizan conceptos y conclusiones extrapoladas del capítulo "Sistemas de medicinas y culturas" del libro *Para que se acuerden de nosotros*, PROHISABA, Unión Europea, 2009.

¹¹ Susana Ramírez, *Donde el viento llega cansado*, Cooperación Italiana, 2006. Giuseppe Lamele *Para que se acuerden de nosotros*, PROI II-SABA, Unión Europea, 2009

tariedad. La eficacia simbólica -ligada a la fe en Dios, o en el curandero- interactúa con nuevos elementos empíricos, como el uso de medicamentos, sin aparente contradicción¹².

Con mucha frecuencia la población recurre tanto a las medicinas "alternativas" como al sistema de salud institucional. El rechazo o la desconfianza progresiva hacia la medicina tradicional dentro de los mismos pueblos originarios, o entre la población mestiza, está acompañado de la modernización de los estilos de vida y del abandono de otros rasgos culturales, como la vestimenta o la alimentación. Varios elementos influyen en el cambio de comportamiento de la población: la presencia de establecimientos biomédicos, la cercanía de un centro urbano, la intensificación de la migración y el despoblamiento de las zonas rurales, la escasez de curanderos la escasez de plantas por el deterioro ecológico, etc. Todos estos elementos hacen que el mundo de las prácticas de salud se vaya mezclando en modelos sincréticos, en los cuales se hace muy difícil, incluso, generar distinciones entre medicinas y recursos terapéuticos

Existen otros factores que influyen en el comportamiento de la población, contribuyendo a generar un cuadro en el cual se evidencia una cierta continuidad de comportamientos:

- La población recurre a la medicina tradicional para curar casos de enfermedad espiritual (o psicológica) o relacionados con la trasgresión de alguna norma social o religiosa. Algunas enfermedades son claramente perteneciente a este mundo. En las comunidades **más aisladas -las quechuas del área rural-** normalmente se empieza con la autocuración, para luego recurrir a la medicina tradicional o al curandero.
- La medicina tradicional **o naturista** proporcionan un modelo de atención integral a las familias y a las personas afectadas por la enfermedad que

se adapta muy bien a una forma holística de concebir la enfermedad entre la población indígena y rural: una enfermedad en esos contextos raramente tiene sólo causas biológicas.

En todo caso los pacientes tienden a focalizarse en la medicina occidental como el recurso más apropiado para resolver los síntomas de la enfermedad y las manifestaciones biológicas de la misma.

El tema económico influye en las decisiones de los pacientes y sus familias. Los costos de curación no se limitan únicamente al pago de los terapeutas, sino se amplifican con el traslado y el transporte y, por sobre todo, con los costos indirectos de no poder atender las obligaciones productivas de las familias en las comunidades de origen (ganado, tierras).

El estado de la identidad cultural se refleja en los itinerarios terapéuticos. En el caso de las zonas más alejadas, los quechuas usan la medicina tradicional y desconfían de la biomedicina, mientras que las familias mestizas urbanas reaccionan de forma opuesta; el rechazo a la medicina tradicional es una cuestión de estatus socioeconómico y modificación de estilo de vida. Cosa similar ocurre en las comunidades ubicadas más cerca a las ciudades y a las principales vías de comunicación. Algunos cambios socioculturales particularmente rápidos generan confusión frente a los métodos de curación: lo tradicional es cuestionado, pero también lo nuevo, ya que en muchos casos los resultados obtenidos no son satisfactorios, sobre todo por razones económicas. "Algunos van primero ahí, no les hace nada. Otros acuden aquí, salen de aquí, van al curandero para que se curen más rápido, vuelven aquí". (Enfermera Centro de salud, informante clave, Iscayachi, Tarija).

El elemento articulador de estos itinerarios terapéuticos múltiples es, en todo caso, representado

¹² Gerardo Fernández, en su texto *Kharisiri en acción* identifica, sin embargo, situaciones en las cuales el uso de los medicamentos debilita el cuerpo del enfermo (ver distintas referencias, pag. 200 - 232).

por el paciente y su familia mientras no existan políticas institucionales que permitan la articulación de los recursos terapéuticos en una estrategia que abra diálogos y optimice recursos.

Gerardo Fernández en su reciente publicación¹³ describe muy eficazmente como los dos sistemas médicos -occidental y tradicional- siguen "dándose la espalda", pese a la continua interacción que se produce por los itinerarios terapéuticos múltiples de los pacientes.

Por una parte, los equipos de salud desconocen el contexto cultural en el cual desempeñan sus funciones: las formas propias de concebir el proceso de salud enfermedad, los estilos de comunicación, las prácticas culturalmente correctas e incorrectas. Al mismo tiempo, desconocen también los "efectos secundarios" de las acciones que se realizan (o que se pretenden realizar) en el imaginario cultural de la población. Los testimonios recogidos por este autor, sus reflexiones y análisis resultan muy incisivos para describir esta situación en distintos ámbitos y circunstancias, en el uso del idioma nativo por ejemplo.

"La gente desconfía, tiene miedo por la lengua... como no entienden... más que todos las mujeres"

Uno de los factores determinantes que puede facilitar la paulatina integración de los equipos de salud en las comunidades del altiplano es la correcta, permanente y diáfana comunicación y respectivo entendimiento entre todos los actores afectados por el proceso salud-enfermedad-atención. En este sentido nunca se reconocerá la suficiente importancia al hecho de que los equipos sanitarios convencionales conozcan de forma adecuada la lengua originaria de la zona en la que están realizando su labor... Esta circunstancia facilita de manera exponencial no sólo el desempeño de cualquier tipo de campaña de atención sanitaria en la zona, intervención, programación preventiva, atención materno infantil... sino muy especial-

mente la paulatina integración del equipo médico en la vida de la zona. (Fernandez 2009:184)

En efecto, en la perspectiva cultural de los paciente indígenas la comunicación con el médico representa la base fundamental del acto terapéutico, ya que:

Hablar, conversar es hacer medicina, desde la perspectiva aymara, cosa que desespera a los equipos convencionales según nuestros criterios de eficiencia médica, en que este aspecto se considera una pérdida de tiempo. Localizar la causa de la enfermedad, saber lo que a uno le pasa, superar la angustia e incertidumbre contiene en sí mismo un principio terapéutico importante. (Fernandez 2008: 189)

Los análisis sanguíneos representan un problema para la población indígena del altiplano, tanto en área quechua como aymara.

En las creencias culturales de la población la sangre es un bien limitado, no se reproduce fácilmente; es como si nació con la cantidad de sangre que debemos emplear toda la vida, salvo en el caso de la sangre menstrual, que se entiende como un exceso que debe fluir libremente; por otro lado los aymaras insisten en que su sangre cuesta caro y no puede derramarse ni extraerse de forma arbitraria. Los derramamientos de sangre deben ser indemnizados por la pérdida ocasionada que es concebida como irreparables. (Fernandez 2008: 190)

Situaciones similares ocurren con varias otras prácticas de salud, como la cirugía, las campañas de vacunación, el parto, las inyecciones, el uso de la placenta, la alimentación, el uso de los medicamentos, los espacios arquitectónicos de los establecimientos, sin que el equipo de salud esté siquiera enterado de las problemáticas y resistencias que se generan en la población. Es evidente que el conocimiento del sustrato cultural de la enfermedad podría, en cambio, permitir a los equipos de salud

¹³ Gerardo Fernandez, "Kharisiri en acción", Cuaderno de investigación n. 70, CIPCA, Ediciones Aby Ayala, 2008, Quito Ecuador

prestar atención a estos aspectos, desarrollando estrategia de información y comunicación con los usuarios del sistema institucional. Más aún:

Hacer alusiones a las prácticas terapéutica del medico originario con respeto y apreciación, recomendando la consulta característica del medico originario y su parecer, cuando la ocasión lo precise, facilitaría en gran medida la comunicación e integración del equipo médico en el área, además de redundar en el propio prestigio y apego de los usuarios indígenas a los servicios de salud. (Fernandez 2008: 196)

Los médicos tradicionales, por su parte, desconfían profundamente del equipo de salud institucional, contribuyendo a fortalecer la idea, -difundida particularmente en las áreas rurales del altiplano- de los médicos como los nuevos "kharisiri de mandil blanco"¹⁴ Si bien los yatiris diferencian entre "enfermedades de la gente" y "enfermedades del doctor", y en algunos casos derivan al médico, no existe ningún tipo de contacto y colaboración entre el médico tradicional y el médico institucional. Más bien prevalece la idea que el médico institucional y el equipo de salud compiten con los sabios de las comunidades ofreciendo alternativas terapéuticas que, en su visión, "debilitan el cuerpo", haciéndolo inhábiles para los tratamientos médicos autóctonos. Según Fernández

las enfermedades del doctor aparecen reconocidas bajo los términos castellanos de "inyección", "operación" "transfusión" que muestran, desde la perspectiva indígena lo más violento de una bioniedicina centrada fundamentalmente en el cuerpo orgánico, mientras que la medicina aymara, como de otros grupos amerindios, centra sus necesidades terapéuticas en el ser humano, utilizando todos los recursos que incorpora en cada caso el concepto de persona.

En ese contexto, la incompreensión, la incomunicación prevalecen. Los pacientes tienden a esconder al equipo de salud el uso masivo que se hace de la medicina originaria, por miedo a la condena expresa o la estigmatización. El médico ignora la existencia de una cultura local, tildando los comportamientos de la población de ignorancia y de superstición. El des: onocimiento de las culturas originarias y de las determinantes culturales de la enfermedad genera una barrera a veces infranqueable en el desarrollo y aplicación de los servicios sanitario que se pretenden realizar. Lo que queda a la población es sólo la posibilidad de recurrir a las múltiples alternativas terapéuticas que existen, sin ninguna posibilidad de dialogo y cooperación entre los sistemas. Es evidente la necesidad que existe de:

tratar por todos los medios posible de hacer realidad la aspiración de una auxiliar aymara del Equipo de Salud del Altiplano en al año 1996, al referirse a la relación deseable entre la medicina académica y las medicinas originarias "que vayan pues chachawarmi, juntos como hombre y mujer", porque juntas yen un productivo dialogo intercultural resultarán muy benefeciosa para la salud de los pueblos originarios de Bolivia y de América Latina. (Fernandez 2009: 234)

Es en esta dirección que habría, por tanto, que trabajar a futuro.

La situación de salud de la población en Potosí y en Bolivia

En Bolivia, y en particular en el departamento de Potosí, la población tiene a disposición múltiples recursos terapéuticos para resolver los problemas de salud-enfermedad. Hemos visto como esos recursos se combinan e integran en forma ecléctica en los i-

¹⁴ Gerardo Fernández, en el texto ya citado, presenta una detallada etnografía de la creencia de los *"kharisiri de mandil blanco"* mencionando que *"Es necesario explicar de manera sencilla las razones y uso del análisis sanguíneo, a la manera de la hoja de coca, para ver la enfermedad, a la vez que aliviamos las desconfianzas sobre el uso que el médico otorga a la sangre extraída. Es muy frecuente que en el altiplano, al menos, el abuso latente que se supone a la tendencia a la extracción sanguínea por parte del médico, del médico con el terrible "operador", el temible kharisiri. La sospecha de ser kharisiri, así como la asimilación en la actualidad a diferentes colectivos, entre ellos a los del dominio sanitario. No en vano se dice que el kharisiri corre las comunidades áymaras, especialmente en el mes de Agosto, recolectando grasa y sangre con su jeringa para, entre otras cosas, pagar la deuda externa boliviana"*. (Fernandez 2008:190)

nerarios terapéuticos de las personas. ¿Cuál es, sin embargo, la situación de salud de la población?

El análisis de los índices epidemiológico y de pobreza muestra un cuadro negativo pese a las múltiples inversiones realizadas en las últimas décadas en las áreas sociales y de salud.

Bolivia posee los peores índices de salud del continente latinoamericano. Analizando la información del Censo de Población del año 2001, resulta evidente cómo las profundas inequidades que marcan la historia de Bolivia han conducido a la exclusión de la población más vulnerable, tanto de los beneficios sociales cuanto del desarrollo económico, determinando para ellos una situación de pobreza crónica. En el área rural, el 90,8% de la población está en esta situación, mientras que en las ciudades la pobreza alcanza al 39%. Esta clara asimetría entre los índices de pobreza en el campo y en la ciudad tiene su correspondencia étnica, dado que en el área rural es aún mayor la concentración de población indígena. La población indígena del área rural registra los menores porcentajes de parto institucionalizado. Los datos revelan que apenas 17.92 los fueron atendidos en establecimientos de salud; mientras que 78.62%¹⁵, tres de cada cuatro partos, fueron atendidos en domicilios.

Los pueblos indígenas y originario campesinos presentan los índices de morbi-mortalidad más altos del país, además de problemas relacionados con la cobertura y al acceso de los servicios de salud. El 77% de la población se encuentra excluida de ellos, con fuerte incidencia en las áreas rurales del país. Según el Censo de 2001, en lo que concierne a la mortalidad infantil, la población indígena registra las tasas más altas. En 1976, se registraba 171 por mil nacidos vivos; en 1992 disminuyó a 87 por mil; y en 2001 a 75 por mil¹⁶. Según la Encuesta de De-

demografía y Salud, en 2008 la población boliviana registró una tasa de 50 defunciones por mil nacidos vivos. En el área rural se registran las mayores tasas de mortalidad infantil, 67 muertos por mil nacidos vivos contra los 36 del área urbana. A nivel de mortalidad infantil entre la población indígena y la no indígena, se registra una diferencia de 37 puntos por mil (102 para la población indígena y 65 por mil para la no indígena)¹⁷.

Respecto a la mortalidad materna, la Encuesta de Demografía y Salud de 2003 revela que la tasa es de 230 muertes por causa materna por 100.000 nacidos vivos dentro de los cinco años anteriores a la encuesta (1999-2003).

De acuerdo con las estimaciones del INE, las tasas brutas de mortalidad más altas para el periodo 2000-2005 se registran en los departamentos de Oruro y Potosí. Potosí se caracteriza por tener una población preponderadamente rural e indígena, con tradiciones propias acerca de la salud y enfermedad. La población indígena alcanza al 80.76%, de la cual

180/En el Censo 2001 en el área urbana 64% de la población se autoidentifica con el pueblo quechua, y el 4.00% con el pueblo aymara. En el área rural el 84.58% se autoidentifica con el pueblo quechua, el 7.61% con el pueblo aymara, y sólo el 7.59% no se identifica como originario.

En los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2008, se observa que el departamento de Potosí es el que tiene los menores niveles de atención prenatal (55%) y de parto realizada por el médico (42%), en contraste con los altos niveles de Santa Cruz (90% en ambos casos). De la misma manera, se observa que los menores niveles de partos institucionales se en-

¹⁵INE, Bolivia: Características socio demográficas de la población indígena. La Paz, 2003.

¹⁶Ibidem.

¹⁷Ibidem.

¹⁸Ibidem.

¹⁹INE, Censo de Población y Vivienda 2001.

cuentran en Potosí, con un 47%, y los mayores en Santa Cruz, con un 92%.

Respecto a la desnutrición infantil, Potosí sigue con los índices más altos, el 39% de los niños menores de 5 años sufre desnutrición crónica. Es el Departamento con mayor mortalidad infantil (mortalidad durante el primer año de vida) de Bolivia con 101 defunciones por mil nacidos vivos, en comparación con 31 por mil en el departamento de Santa Cruz²¹.

En 2001, el departamento de Potosí registraba las mayores tasas de fecundidad, 5.74 hijos por mujer (3.03 la población no indígena y 6.07 la indígena), la tasa de mortalidad materna fue de 375 por 100.000 nacidos vivos²¹.

Esta situación negativa se produce debido a varios factores. En primer lugar, la situación de marginalidad geográfica y de pobreza que afecta a la gran mayoría de la población del Departamento. Las barreras geográficas y económicas hacen que los enfermos lleguen a los hospitales en condiciones críticas, pues para muchas familias campesinas se hace imposible sostener las implicaciones económicas de la atención médica -aun cuando los servicios sean gratuitos- a causa de la lejanía de los centros de salud. Un segundo elemento que condiciona el estado de salud de la población es la escasa oferta institucional de servicios sanitarios, particularmente en área rural, lo que se traduce en bajas coberturas de salud. Cuando existe, el establecimiento de salud representa para la comunidad un lugar de difícil acceso, desconocido, de atención deshumanizada, donde los pacientes de origen indígena se sienten perdidos y desorientados. A las barreras geográficas se suman las culturales, que son evidentes, por ejemplo en el limitado uso del idioma nativo y originario por parte del personal de salud.

Los datos presentados muestran una situación alarmante que denota de alguna manera el fracaso de todos los recursos médicos a disposición de la po-

blación. En el debate sobre salud pública es común poner acento sobre la escasa eficacia del sistema médico institucional, las políticas y los programas del Ministerio de Salud. Sin embargo, es necesario señalar que en Bolivia también la medicina tradicional muestra grandes limitaciones en resolver las problemáticas de salud enfermedad: los datos de salud en áreas rurales (donde la medicina nativa está más presente) lo muestran claramente. En Potosí, mujeres y niños siguen muriendo por problemas que podrían y deberían ser controlados y ningún sistema médico parece estar en condiciones de resolver, por sí solo, la problemática de salud de la población.

Una de las razones de la escasa eficiencia de las medicinas radica en la nula colaboración que existe entre los sistemas médicos. Las personas recurren individualmente a distintos recursos terapéuticos para resolver sus padecimientos. Sin embargo, no existen políticas públicas ni mecanismos institucionales que permitan generar puentes de intercambio y colaboración entre ambos sistemas médicos. Hacerlo, establecer ese diálogo, tender los puentes ¿será el camino que pueda contribuir al mejoramiento de la salud pública de la población?

¿Qué es la **intereulturalidad en salud**?

Roberto Campos, en otra sección de este texto, ofrece una interesante aproximación a los términos de salud intercultural e interculturalidad que queremos aquí retomar:

En el campo de la salud, definimos la salud intercultural como la práctica y el proceso relacional que se establecen entre el personal de salud (médicos, enfermeras, etc.) y los pacientes (y sus familiares), en el que ambas partes pertenecen a culturas diferentes, y en el que se requiere de un entendimiento recíproco para que los resultados del contacto (consulta, intervención, orientación) sean satisfactorios para ambas partes.

20 Encuesta de Demografía y Salud 2008, Informe preliminar.

21 INE, Potosí: Resultados Departamentales. Censo de Población y Vivienda 2001.

En este sentido, estamos de acuerdo con la propuesta del médico y la antropóloga chilenos Jaime Ibacache y Ana Oyarce, que definen la interculturalidad en salud como "la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional. Percepciones que a veces pueden ser incluso contrapuestas". Cuando calificamos la interculturalidad como adecuada o como apropiada deseamos referirnos a aquella relación que se verifica con una preparación, sensibilización y capacitación previas, que conducen a mejores resultados en el diálogo respetuoso, tolerante y flexible con los pacientes. Su finalidad no es integracionista, por cuanto existe una búsqueda intencional de consenso con los pueblos indígenas. En este orden de ideas, la práctica intercultural adecuada sería el resultado de una relación dialéctica, participativa y consensual de la práctica médica entre personas que poseen una cultura diferente, con respeto a sus valores y creencias, y adaptándose creativamente a los respectivos conceptos multiétnicos y pluriculturales. Por tanto, el no respeto, la no adaptación y la no adecuación serían conductas contrarias a la relación dialéctica y a la relación intercultural²².

Los conceptos mencionados hacen referencia a la coexistencia de diferentes formas de concebir el proceso de salud-enfermedad y a la necesidad de orientar esfuerzos hacia la creación de espacios de diálogo e interacción entre los diferentes modelos de atención en salud y sistemas culturales. En términos aún más generales, el concepto de interculturalidad en salud expresa la intención de conocer y tomar en cuenta la cultura del paciente en el proceso de atención de la salud, considerando al individuo como el producto activo de factores culturales, sociales, geográficos y biológicos.

Desde un punto de vista más operativo, y haciendo referencia a las experiencias concretas realizadas en esta última década, el enfoque de interculturali-

dad en salud se traduce en dos ámbitos fundamentales de trabajo:

- a) acciones cuyo propósito es la valorización de la medicina tradicional y su recuperación y uso en el sistema de atención pública;
- b) acciones de "adecuación intercultural" que pretenden adaptar el servicio institucional de salud a las creencias y prácticas de la población originaria.

En el primer caso se pretende revertir el proceso de marginalización del conocimiento tradicional a través de acciones que permitan la valoración de la medicina indígena y su uso en las estrategias de salud pública. Esto implica promover procesos de investigación sobre los conocimientos y saberes ancestrales, y la eficacia terapéutica de la medicina nativa, tomando en consideración no sólo los recursos empíricos sino también los aspectos "simbólicos" de la enfermedad. Otras acciones estratégicas en este campo se dirigen hacia la sistematización del conocimiento, la capacitación de los médicos tradicionales y el diseño y la implementación de un sistema que permita certificar a los agentes de medicina tradicional y así controlar los abusos y la charlatanería. Sin embargo, existe un tema crucial que hay que considerar: aun cuando existan políticas de fortalecimiento y desarrollo de la medicina indígena y recursos para financiar investigaciones que generen un respaldo institucional, la "actualidad" de la medicina nativa no dependerá solo de acciones externas o inducidas desde una estrategia de salud pública. Más bien, lo que se podría afirmar es que la vigencia de la medicina tradicional está condicionada por factores complejos que están fuera del control de las políticas y estrategias de salud, factores que poco tienen que ver con las acciones institucionales y mucho con la evolución del sistema sociocultural de referencia. En otras palabras, la medicina tradicional se mantendrá vigente no sólo (o no tanto) por el hecho de que exista

²² Roberto Campos "Una visión de la salud intercultural en pueblos originarios", en *Salud e interculturalidad en Potosí*, PROHISABA, Unión Europea, Cooperación Italiana, La Paz 2009.

una política de interculturalidad, sino en la medida en que se mantenga vigente la cultura de referencia, así como todos los mecanismos de transmisión social propios del sistema sociocultural -traspaso de conocimientos, estructuras de poder, legitimación social. Es obvio que las acciones de promoción de la diversidad cultural pueden contribuir al uso y valoración del patrimonio cultural nativo; sin embargo, el proceso dependerá siempre de un contexto externo que escape a la realidad del sistema de salud.

El segundo ámbito de acción, la adecuación intercultural de los servicios, está bajo el control y la rectoría del sistema de salud institucional: se trata de promover acciones de mejoramiento de la oferta de salud que apunten al tema de calidad de la oferta y satisfacción del usuario, acciones que promuevan la adecuación de los protocolos de atención del parto a las perspectivas y necesidades de las mujeres indígenas, la pertinencia de los programas educativos y de prevención, el uso del idioma nativo en la relación médico-paciente, la adecuación de las infraestructuras de salud y del equipamiento médico, el desarrollo de Oficinas Interculturales y la presencia de facilitadores en los hospitales de mayor complejidad. En este caso se pretende avanzar hacia una mayor eficacia y una mejor accesibilidad a los servicios. Detrás de estas acciones, existe la convicción de que el reconocimiento de una ciudadanía pluricultural (sancionada en el caso boliviano en su Constitución) tiene que traducirse en medidas concretas que permitan efectivamente el "ejercicio de la pluralidad" en las estructuras y servicios del Estado.

Si mencionamos estos aspectos no lo hacemos con el afán de establecer énfasis o criterios de jerarquías en la acción intercultural, sino con el ánimo de entender más claramente cuáles son los ámbitos de responsabilidad y las posibilidades de lograr acciones eficaces y condiciones generadoras de cambios en el sistema de salud pública.

Pese a esto existe la tendencia, no sólo en Bolivia sino en varios países de América Latina, de identificar el concepto de interculturalidad con el de medi-

cina tradicional; según este criterio, la prioridad en la acción intercultural está puesta en el rescate y la valorización de la medicina nativa, en muchos casos focalizando las acciones al proceso de reconocimiento de los médicos tradicionales, sus organizaciones y la generación de espacios políticos. En ese contexto, las acciones de adecuación intercultural de los servicios son puestas en segundo plano y no oportunamente valoradas. Quisiéramos señalar que el desarrollo de esta tendencia reduccionista (interculturalidad - medicina tradicional) representa un claro límite en el desarrollo del enfoque intercultural, ya que no toma en consideración la aplicación integral del concepto de interculturalidad en todo el sistema de salud pública;

reflejando la necesidad de transformación de la oferta de salud institucional a las específicas necesidades de la población indígena y originaria.

Experiencias de desarrollo del enfoque intercultural en salud

En Bolivia las experiencias de interculturalidad en salud tienen una larga historia, sobre todo en lo que se refiere al reconocimiento y uso de la medicina tradicional en el sistema de salud pública. A partir de los años 80, varias experiencias de salud se desarrollaban en los niveles locales, vinculadas con el trabajo que comienzan a realizar algunas ONG. El Equipo de Salud del Altiplano (ESA) empieza a trabajar en algunas comunidades rurales del departamento de La Paz (con el apoyo de algunos investigadores de gran relevancia, como Jimmy Zalles), en la perspectiva de articular la medicina tradicional con el sistema institucional. En forma paralela se intenta avanzar en un trabajo de corte más político que apunta a la legalización de la medicina tradicional en el país.

Este proceso da lugar a la elaboración de distintos instrumentos legislativos sobre medicina tradicional en Bolivia, vinculados con el reconocimiento de la medicina *kallawaya*. Durante el mismo periodo se crea la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional (SOBOMETRA) y otras organizaciones que trabajan

en investigación y rescate de la medicina tradicional. Divisiones y fracturas empiezan, sin embargo, a aparecer en el horizonte de estas organizaciones. Los médicos *kallawayas* se identifican con SOBOMETRA, mientras otro tipo de agentes tradicionales se aglutina en torno a otras estructuras, la mayoría de las cuales evidencias "vicios" de tipo corporativo. La calidad de los liderazgos y la representatividad de estas organizaciones comenzó a ser rápidamente cuestionada. Según Campos-Navarro (2009)²³ los principales hitos del reconocimiento legal son los siguientes:

- Resolución Suprema 198771 de 1984 que brinda reconocimiento jurídico a la SOBOMETRA.
- "Reglamento de la Práctica de la Medicina Natu-rista Tradicional", Resolución Ministerial 0231 de 1987 que no se lleva a cabo.
- Resolución Ministerial 0902 diciembre de 2004, que intenta incorporar a los médicos tradicionales al Sistema Nacional de Salud.

Estos acontecimientos señalan un proceso gradual de reconocimiento jurídico a las medicinas tradicionales de los pueblos originarios de Bolivia, llegando incluso al reconocimiento constitucional. Sin embargo, donde se detuvo el proceso fue precisamente en la regulación de su ejercicio, pues allí entran en juego diversos actores sociales: los propios médicos indígenas (fragmentados en múltiples organizaciones gremiales y regionales), el Colegio Médico de Bolivia y el mismo Ministerio de Salud y Deportes.

En tiempos recientes, a partir de fines de los años 90, el tema de salud intercultural empieza a difundirse entre distintas ONG y en la estructura de salud del departamento de Potosí. Desde nuestro punto de vista esto se debe, entre otras cosas, a las particularidades de la situación del Departamento y a sus necesidades específicas. Los bajos índices de desarrollo humano de esta región se reflejan en los índices de mortalidad infantil, materna y del menor de 5 años

más altos de todo el país. A este aspecto se suma el hecho de que el personal de salud no goza de la confianza de la población, pues existe la percepción de que los servicios sanitarios son espacios ajenos y no adecuados a la realidad cultural del territorio. Muy a menudo las prácticas biomédicas, la falta de uso del idioma nativo en la atención de salud y la forma medicalizada de prestar los servicios choca con las expectativas y necesidades de la población indígena, produciéndose así una resistencia silenciosa al uso del sistema institucional.

Las dificultades de comunicación y los prejuicios culturales que se producen, tanto en el personal de salud biomédico como en los usuarios de origen indígena, juegan un papel significativo. La población rural tiene reparos culturales para acercarse a la medicina institucional, fruto de experiencias negativas, miedo y desconfianza sobre su funcionamiento. Por otra parte, el sistema de salud mantiene una actitud distante y vertical hacia la población rural y no alfabetizada, y el personal médico no está capacitado para relacionarse con la problemática socio sanitaria de la población indígena.

No es de extrañar, entonces, que varios organismos de cooperación, junto a las instituciones sanitarias locales, impulsaran en esta región del país iniciativas de mejoramiento de la oferta de salud, a través de acciones de adecuación cultural de los servicios y de articulación entre los sistemas médicos. Estas iniciativas tuvieron progresivamente un gran eco a nivel nacional, y a menudo internacional, influenciando y preparando el terreno para la elaboración de una política sanitaria intercultural en el país.

No cabe duda que la experiencia de la Oficina Intercultural Willagkuna en el hospital Daniel Bracamontes, promovida por la Cooperación Italiana, fue el elemento "gatillador" del proceso en Potosí, abriendo un primer espacio de implementación del enfoque intercultural en el Departamento. El hospital Daniel Bracamonte ofrecía, históricamente,

²³ Campos-Navarro, Roberto: *Legalización y legitimidad de las medicinas indígenas en México y Bolivia*. UNAM, mecanoescrito, 2009.

servicios de muy baja calidad en términos de la relación entre pacientes y usuarios, y de satisfacción de la población. A fin de mejorar la atención en servicio, la Cooperación Italiana (que financió la construcción del nuevo Hospital) propuso una innovadora iniciativa: la presencia de facilitadores interculturales dentro del hospital para orientar, informar y apoyar a los usuarios durante su estadía en el nosocomio. Entre las múltiples funciones de la Oficina se contaba la de involucrar al personal sanitario en actividades de encuentro e intercambio destinadas a elaborar y establecer un modelo de salud intercultural para que el Hospital reflejara en sus servicios las características culturales, económicas y epidemiológicas de la región.

En efecto, la Oficina mostró claramente los límites y las deficiencias de la formación de los profesionales en salud, sobre todo en lo referente a la problemática intercultural y sus efectos negativos en el desempeño profesional cotidiano y la eficacia de sus servicios. Los tipos de competencias de los profesionales médicos y de enfermería no respondían a los requerimientos de la región: de ahí la necesidad de formar profesionales capaces de entender y relacionarse con un universo humano, cultural, que concibe la enfermedad de una manera diferente a la biomédica. A partir de esta experiencia nace la idea de generar esfuerzos en otros ámbitos de trabajo y, en particular, en el tema de formación de los recursos humanos en salud. Por ello la Cooperación Italiana dio inicio, en 2001, al Postgrado en Salud Intercultural "Willaqkuna", que se realizó en coordinación con varias instituciones universitarias y de cooperación, como la Universidad Tomas Frías de Potosí, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), el Programa de Apoyo a la Higiene y Salud de Base (PROHISABA), y distintos organismos de las Naciones Unidas como la OPS, UNICEF y UNFPA. El objetivo del Postgrado era formar pro-

fesionales del área de la salud capaces de enfrentar la complejidad del fenómeno salud-enfermedad en contextos de pluralidad cultural; profesionales capaces de proporcionarlos más avanzados conocimientos, tanto en lo que se refiere a clínica y capacidad resolutoria como en el tema preventivo, social y de desarrollo comunitario. El aspecto innovador fue el de buscar un encuentro entre teoría y práctica a través de la elaboración de proyectos de investigación e intervención, a fin de generar propuestas concretas de cambio compartidas por el establecimiento de salud y por la comunidad.

A consecuencias de estas iniciativas, y como reflejo de las nuevas necesidades operativas en el sistema de salud, otros organismos de cooperación presentes a Potosí impulsan actividades que buscan mejorar la calidad de los servicios a través del enfoque intercultural.

La ONG local Causananchispaj²⁴, a través de un proceso sistemático de investigación, planificación y gestión participativa apunta a que los servicios satisfagan las necesidades de la población, respetando y valorando sus saberes, sentires y prácticas para mejorar la situación de la salud. En este marco operativo y conceptual, se desarrollaron en algunos municipios potosinos -Caiza D y Cotagaita- importantes acciones de adecuación cultural de la maternidad, que confluyeron en la elaboración en 2006 de *Protocolos de atención materna y neonatal culturalmente adecuados*, reconocidos y aprobados por el Ministerio de Salud y Deportes.

De la misma manera, otra ONG, Cooperazione Internazionale (COOPI)²⁵, llevó a cabo una importante iniciativa de implementación del enfoque intercultural en el municipio de Tinguipaya, cercano a la ciudad de Potosí. El proceso de trabajo fue integral, ya que se basó en múltiples acciones -desde la formación de recursos humanos hasta la creación de una infraestructura hospitalaria adecuada a la reali-

24 Palabra quechua que significa "para vivir mejor"

25 La experiencia de COOPI es también sistematizada en este libro

dad geográfica y cultural de la zona. Entendiendo el potencial de la medicina tradicional en esta área, COOPI llevó adelante importantes acciones de formación del personal sanitario en interculturalidad y calidad de servicios, y de capacitación de los médicos tradicionales y parteras en prevención, reconocimiento y referencia de mujeres embarazadas con riesgo obstétrico, al fin de crear un efectivo modelo de salud intercultural y un sistema de referencia y contrareferencia en el municipio de Tinguipaya. Los datos demuestran cómo los altos índices de mortalidad materna infantil de esta zona bajaron notablemente durante la implementación del proyecto.

Medicos Mundi, en algunos municipios del Norte del Departamento -Acacio, Sacaca y otros- promovió la relación entre médicos tradicionales y biomédicos en las redes de servicio de salud.

Paralelamente a estas experiencias, a partir del año 2005, el proyecto PROHISABA del Ministerio de Salud y de la Unión Europea comenzó a desarrollar acciones que apuntaban al mejoramiento del sistema de salud del Departamento, incorporando progresivamente el enfoque de interculturalidad: se construyen centros de salud y hospitales, se trabaja en Información Educación y Comunicación (IEC), se establecen redes sociales y, en el tema de reducción de la mortalidad materna, se introduce la "transversal" de interculturalidad. Finalmente, se apoya un conjunto de acciones que apuntan al fortalecimiento de la medicina tradicional en el Departamento.

Un límite estructural de todas estas experiencias es que, en su gran mayoría, fueron promovidas y gestionada con la participación de organismos o agencias de cooperación. Si bien es cierto que estas instituciones buscaron siempre el respaldo y el involucramiento del Servicio Departamental de Salud (SEDES) y de otras instituciones locales, se puede también afirmar que el liderazgo de estas iniciativas se mantuvo siempre en manos externas al sistema de

salud pública, contribuyendo a "desresponsabilizar" a la autoridad gubernamental en la implementación concreta de estas acciones.

En la actualidad el SEDES, en concordancia con las políticas públicas nacionales, está intentando institucionalizar las prácticas de interculturalidad, así como proyectarlas a una política departamental. De allí nace la propuesta de un Plan Departamental de Salud Intercultural, que debería representar el horizonte institucional de la salud intercultural en los próximos años. Sin embargo, este Plan no encontró, hasta ahora, un piso financiero ni una estructura de implementación clara en la prefectura de Potosí. Su desarrollo sigue dependiendo del interés y esfuerzo de algunos proyectos internacionales, como el PROHISABA, que realizaron importantes esfuerzos en estos últimos años para su promoción. Incluso el apoyo a la medicina tradicional sigue dependiendo de los esfuerzos de la cooperación externa, sin poder establecerse ni a los aportes de los mismos médicos tradicionales ni a alguna fuente pública vinculada con el Estado.²⁶

Lo que sí se puede afirmar es que el conjunto de experiencias desarrolladas en Potosí se ha constituido en un punto de referencia nacional en la temática de salud intercultural en Bolivia, promoviendo el desarrollo de una política pública que se ha reflejado en la creación del Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad (VMTI) y de otras iniciativas relevantes que el Ministerio de Salud está llevando a cabo. En efecto, el grupo de profesionales formado en torno a las iniciativas de Willagkuna, Tinguipaya, PROHISABA y otras realizadas en Potosí se constituyó en una suerte de *think tank* de la temática en el país, ocupando posiciones de relevancia en la estructura del sistema de salud del Departamento e influenciando la orientación de las políticas y la toma de decisión en el nivel nacional.

26 Se tiene, sin embargo, noticias que algunos municipios del departamento de Potosí habrían empezado a inscribir recursos para el financiamiento de algún ítem o alguna actividad vinculada con la medicina tradicional

La dimensión nacional del enfoque intercultural

Si bien ya establecimos la presencia del Estado dentro del enfoque intercultural de salud, es bueno remarcar que el proceso de reconocimiento de la medicina tradicional se inicia ya en los años 80, cuando comienzan a desarrollarse instrumentos legislativos para el reconocimiento de la medicina tradicional con la fundación de la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional (SOBOMETRA), encargada de investigar los conocimientos ancestrales, las plantas medicinales y otras prácticas curativas, de las comunidades indígenas y campesinas. A partir de los 90, distintos gobiernos bolivianos promueven la implementación de seguros públicos de salud, con carácter gratuito, dirigido a las mujeres gestantes, los recién nacidos y los niños menores de 5 años, destinados a reducir los índices de mortalidad materna y neonatal.

En 1997 se promulga el Seguro Básico de Salud con el objetivo de brindar acceso universal al sistema de salud para la población y otorgar prestaciones esenciales con calidad y adecuación cultural. En el marco de este seguro se pretendió instituir también el Seguro Básico de Salud Indígena y Originario, que tenía la intención de incorporar los médicos tradicionales al sistema de salud pública. Sin embargo, esta estrategia nunca se logró concretizar efectivamente. Pese a los avances en la atención de los pueblos indígenas y a la expansión del sistema de salud hacia las áreas rurales y más desprotegidas, las acciones del Ministerio de Salud no fueron acompañadas, a nivel nacional, por una política específica de salud intercultural. Las iniciativas fueron muy exiguas, sin una comprensión clara de lo que significaba el enfoque de interculturalidad para el sistema de salud pública.

La ausencia de una política coherente y de acciones concertadas no impidió el avance de varias iniciativas en los niveles locales con el apoyo de ONG y organismos de cooperación internacional.

Es sólo a partir de 2004 que el Ministerio realiza un intento de sistematizar y canalizar institucionalmente estas experiencias a través de la creación de una instancia encargada de su coordinación: la Mesa de Salud Intercultural. El objetivo de la Mesa de Salud Intercultural fue el de organizar y orientar el trabajo -en muchos casos desarticulado- de los organismos de cooperación que trabajaban en el tema de salud intercultural. Inicialmente este proceso se concentró en coordinar las iniciativas innovadoras que se estaban realizando, en particular, en el ámbito de la salud materna. La Mesa se encargó de producir lineamientos de trabajo en materia de procedimientos de atención con enfoque intercultural, teniendo como horizonte la definición de una Estrategia de Adecuación Cultural del Parto que pudiese ser aplicada a nivel nacional. A su vez, esta estrategia pretendía basarse sobre *best practices* experimentadas en proyectos locales, con la idea de que las políticas y la innovación pudiesen nacer "desde abajo". Por esta razón, la Mesa organizó -en coordinación con varios organismos de cooperación internacional, en diciembre de 2004- el Taller de Adecuación Cultural de la Maternidad en Caiza D, Potosí. En este evento varias organizaciones no gubernamentales, organismos internacionales, equipos municipales y el Ministerio de Salud se reunieron para intercambiar criterios y experiencias sobre la adecuación cultural de los servicios de atención materna. En mayo de 2005, los mismos actores participaron en Cochabamba en la Jornada Nacional sobre Enfoques Interculturales para la Adecuación Cultural de la Maternidad. El producto de estos encuentros fue la elaboración de la *Guía para la atención intercultural de la salud materna*, un manual conceptual y de recomendaciones operativas acerca de la adecuación de los servicios a la realidad sociocultural de las poblaciones originarias.

En ese contexto, la Mesa planificó la implementación de otras iniciativas de la misma naturaleza, con la idea de coordinar las iniciativas de cooperación internacional y de "alinearse" a los donantes interna-

cionales a la nueva estrategia del gobierno sobre el tema intercultural.

En 2006 la Mesa de Salud Intercultural se integra en el nuevo Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, instituido por el gobierno de Evo Morales, en el marco de un momento histórico de valorización y fortalecimiento de los pueblos indígenas y originarios del país. En efecto el VMTI representa el fruto de un proceso histórico que había visto la participación de numerosas organizaciones de médicos tradicionales para el reconocimiento de ese patrimonio ancestral. Este proceso se realiza, además, en un contexto en el cual "los movimientos sociales" acceden, con el nuevo gobierno, a la gestión de nuevos espacios de poder; es decir, en un contexto político de fuerte empoderamiento de organizaciones, tradicionalmente excluidas de la gestión pública y, en particular, del sector de salud.

Esta connotación política del Viceministerio representa, desde el comienzo, la principal fortaleza²⁷ de esta nueva estructura y, al mismo tiempo, su debilidad estructural. Inicialmente el Viceministerio es liderado por una figura neutral, muy reconocida en el país, el investigador Jimmy Zalles, que participó en Bolivia en numerosas experiencias de rescate de la medicina tradicional. Sin embargo, luego de la muerte prematura del viceministro, la dependencia del VMTI queda sujeta a la dinámica política de las organizaciones de medicina tradicional, poniendo a la luz las históricas divisiones entre grupos, unos vinculados a la medicina naturista y otros a la medicina tradicional.

Las primeras acciones del VMTI están orientadas a insertar su Programa específico en el marco del Plan Estratégico Sectorial 2006-2010 del Ministerio de Salud. Este último Plan tenía objetivos ambiciosos: se apuntaba a la recuperación del rol del Estado en la rectoría del sistema de salud y a la creación de un nuevo modelo de gestión -de salud, familiar, co-

munitaria e intercultural- que priorizara la atención primaria de salud y focalizara la acción institucional en torno a las "determinantes de la salud" y al trabajo de promoción y prevención. En ese marco una de las primeras exigencias del sistema de salud era la de formar y capacitar a profesionales de la salud, para responder a las necesidades del nuevo modelo.

A través del Viceministerio se "pretendía promover el uso, valoración y articulación de la medicina tradicional", así como promover su articulación con el sistema biomédico en el marco de una estrategia que reconociera a cada sistema su específico espacio de acción. El VMTI, en sus primeras gestiones, elabora un Plan integral de desarrollo del sector, cuyo objetivo era: "mejorar la salud y la calidad de vida de la población a través de protección, revalorización, promoción, investigación de la medicina tradicional, espiritual, naturista y su efectiva articulación al sistema público de salud".

El programa del Viceministerio se planteaba como un intento muy loable de ordenar la acción en el tema de interculturalidad que, sin embargo, tenía muchas dificultades en su implementación concreta. Luego de este documento inicial, varios otros documentos y actualizaciones de programas se sucedieron, a medida que distintos viceministros asumieran el cargo. El programa actualmente vigente señala como objetivos específicos:

- a) incorporar el modelo de salud familiar y comunitaria, incorporando la medicina tradicional, espiritual y naturista dentro de los sistemas formales de salud;
- b) articular y complementar la medicina tradicional, espiritual y naturista con el sistema nacional de salud, con la creación de hospitales de 1er y 2do nivel (de medicina tradicional);
- c) fortalecer la medicina tradicional, espiritual y naturista a través del censo, reconocimiento y validación de médicos tradicionales;

²⁷ Es una fortaleza en cuanto vincula el Viceministerio a un proceso histórico de reivindicación de los derechos de los pueblos indígenas en lo que se refiere al tema de medicina tradicional

- d) realizar investigaciones sobre los productos medicinales más utilizados para incorporarlos como oferta en el Sistema Nacional de suministros;
- e) articular e incorporar prestaciones de medicina tradicional, espiritual y naturistas en el Seguro Universal de Salud (esto significa ítems y reconocimientos económicos para el médico de medicina tradicional);
- f) elaborar la farmacopea boliviana tradicional.

Como se puede observar, el acento del VMTI está claramente puesto en los temas de medicina tradicional y de trabajo con los médicos tradicionales, buscando un equilibrio entre naturistas y médicos de área rural. Por su parte, el proceso de empoderamiento de las organizaciones de médicos tradicionales se traduce en una pedido preciso de reconocimientos concretos y espacios de poder en una estructura que tendría que representar una "plataforma" para las reivindicaciones histórica del sector.

En términos de resultados, se puede afirmar que, hasta la fecha de implementación del programa, estos son limitados. Probablemente debido, entre otros factores, a la constante inestabilidad de gestión del Viceministerio"-s y a la rotación interna de personal de salud.

Algunas acciones estratégicas lograron, sin embargo, traspasar los distintos énfasis de las administraciones gubernamentales, manteniéndose como prioridades del sector:

- El Censo de médicos tradicionales. Desde el comienzo de su gestión el VMTI planteó el Censo como un forma de visibilizar **el tema de la medicina tradicional** en el país y de **dimensionar su importancia**: a través de esta actividad se pretendía realizar un esfuerzo para identificar los médicos tradicionales existentes, tanto en área rural como urbana. Sin embargo, a nuestro entender,

sólo el departamento de Potosí logró implementar una acción concreta a través de la experiencia apoyada por el PROHISABA y que es reportada en otra sección de este texto.

- **El nacimiento del Viceministerio coincide también con un intento de reglamentar la práctica de la medicina tradicional. De ello nace la propuesta de reconocimiento y certificación de los médicos tradicionales en Bolivia, estableciendo un sistema para la certificación del ejercicio. La propuesta, inicialmente concertada con el VMTI y el Ministerio de Educación –a través de una consultoría²⁹–, pretendía combinar técnicas modernas de certificación con el sistema informal de transmisión de los conocimientos, propio de la medicina tradicional. Sin embargo, tampoco esta propuesta de certificación es llevada a la práctica**
- **Las iniciativas de reconocimiento e investigación de la medicina tradicional, desde donde se promovieron eventos y seminarios de valorización y reconocimiento de la medicina tradicional**
- **El rescate y sistematización de conocimientos, encuentros entre sabios y médicos tradicionales.**

Un tema en el que se ha concentrado el debate entre organizaciones de medicina tradicional y el VMTI se refiere al reconocimiento económico de la medicina tradicional, la creación de ítems para los médicos tradicionales y la atención en el sistema institucional. Esto obedece a una visión que apunta a la institucionalización de la medicina tradicional en el sistema de salud pública del país; así como a las presiones ejercidas por distintas organizaciones de médicos tradicionales que pretenden **reconocimiento en el sistema de salud institucional**. Es difícil decir hasta que punto esta reivindicación corresponda realmente a una voluntad de los médicos tradicionales de base, en particular del área rural.

28 Entre viceministros formales y gestiones *ad interim* se contabilizan a la fecha 6 diferentes viceministros de Medicina Tradicional e Interculturalidad en menos de 4 años de la actual administración gubernamental: Jaime Zalles, Nelson Ticona, Emilio Cusi, Lauro de los Eros, María Rasguito y Marcelo Zaiduni.

29 Esta consultoría fue financiada a través del Proyecto PROHISABA y ejecutada por Oscar Prudencio

Estos últimos abogan por el reconocimiento de la medicina tradicional, pero no quieren atender en los centros de salud y tampoco pretenden un sueldo del Ministerio. Al mismo tiempo, otros grupos, particularmente las dirigencias de algunas organizaciones, tomaron este tema como una bandera prioritaria de lucha y de negociación con el VMTI y el Ministerio de Salud. Lo que sí es cierto es que la reivindicación no encontró, por ahora, eco en los niveles de toma de decisión de las finanzas públicas y nunca pudo ser profundamente analizada en ninguna mesa de decisión gubernamental.

En cuanto a la adecuación intercultural de servicios y de transformación del sistema de salud, las acciones del VMTI fueron bastante limitadas. Se puede afirmar que el Viceministerio, sumergido en sus dinámicas internas y en luchas de poder, quedó relativamente aislado de la institucionalidad del Ministerio de Salud, compenetrándose muy poco en el sistema y en los programas institucionales. En teoría, el espacio técnico para poder trabajar en ese ámbito ya existía, pues, como se dijo, se había lanzado una estrategia sectorial innovadora basada en el modelo de salud familiar, comunitaria e intercultural. En ese contexto la necesidad de transversalizar el tema intercultural en los programas y servicios representaba un tema ineludible no solo para el VMTI, sino para una aplicación coherente de la misma política de salud que la administración gubernamental estaba planteando. Sin embargo, las pocas acciones que se pudieron desarrollar recibieron una atención secundaria por parte de la estructura gubernamental -y del mismo Ministerio- hasta quedar marginadas de las prioridades sectoriales³⁰

Pese a la situación de incertidumbre institucional, un conjunto de organismos internacionales apoyó al VMTI en su plan de desarrollo sectorial y, con-

cretamente, en algunas acciones prioritarias para la administración gubernamental. Hay que considerar que, sobre todo al inicio, la sostenibilidad económica del VMTI era muy limitada y que no existían condiciones institucionales mínimas para su funcionamiento (falta de equipamiento, espacio físico, personal, etc.).

El PROHISABA se destaca por ser uno de los financiadores más activos de esta fase de arranque institucional del VMTI. En conjunto, con la dirección de Planificación del Ministerio de Salud y Deportes se establece un paquete de iniciativas de apoyo en el marco del Plan de Desarrollo Sectorial. Con este programa se pretendía fortalecer al Ministerio y apoyar el desarrollo de la medicina tradicional en el sistema de salud pública boliviano. Se financiaron varios proyectos de consultoría y asistencia técnica, tal como se expresa en el recuadro.

Siempre en el marco del proyecto de fortalecimiento institucional del MSD, el PROHISABA apoyó el proyecto: "Implementación del Sistema único, Intercultural y Comunitario de Salud a través de Médicos SAFCI en área rural de Potosí y Tarija", cuyo objetivo es formar especialistas en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural. Se ofreció asistencia técnica y científica en el proceso de definición curricular de la residencia médica SAFCI, apoyo en el desarrollo del Plan de Estudio de la Especialidad en Educación Superior SAFCI, además de brindar becas a los alumnos de Tarija y Potosí y equipamiento e insumos para los médicos itinerantes. El PROHISABA, finalmente brindó apoyo la Especialidad en Interculturalidad y Salud de la Universidad Mayor de San Andrés de La Paz (UMSA), cuyo sistema de gestión está conformado por el Ministerio de Salud y Deportes y el Consejo Académico de la Universidad.

³⁰ Un ejemplo de esta tendencia se refiere a la experiencia de "Adecuación Intercultural de la Maternidad", promovida por el PROHISABA con el apoyo del Programa de la Reforma del Banco Mundial, Extensa, al cual se hace referencia en otra sección de este texto

APOYO AL VICEMINISTERIO **DE MEDICINA** TRADICIONAL E INTERCULTURALIDAD

Actividad	Acción
Adecuación y/o diseño participativo de normas, guías y procedimientos de salud intercultural	Estrategia de adecuación intercultural de guías y protocolos de salud sexual y reproductiva. Estrategia de transversalización del enfoque intercultural y de medicina tradicional.
Concertación del anteproyecto de la Ley de Reconocimiento de la Medicina Tradicional	Registro de médicos tradicionales, parteras y naturistas.
Elaboración de las bases para el establecimiento de un Sistema de Certificación de Competencias y Profesionalización de la Medicina Tradicional y Naturista	Identificación de competencias de la medicina tradicional para la certificación y profesionalización de los médicos tradicionales y naturistas.
Elaboración y validación de la estrategia de promoción y comunicación sobre interculturalidad y medicina tradicional	Estrategia de promoción y comunicación de interculturalidad y medicina tradicional.
Fortalecimiento de capacidades para la aplicación de la Interculturalidad en la Atención de la Salud Materna en el marco de la estrategia de Salud Familiar Comunitaria Intercultural	

Conclusiones

Quisiéramos cerrar este artículo con algunas preguntas finales sobre la evolución del tema de interculturalidad en Bolivia en esta última década y, en particular, sobre el desarrollo de la institucionalidad reciente del sector.

¿Cuáles fueron los principales logros de las experiencias desarrolladas en el tema de salud intercultural y de gestión, en su conjunto, del VMTI?

En primer lugar se puede afirmar que la creación del VMTI fue un avance positivo para el país, en particular por lo que se refiere a la visibilización y promoción de la medicina tradicional, reflejando y dando cabida a una lucha histórica de distintas organizaciones e importantes sectores de la salud pública boliviana. Se puede afirmar que la creación del Viceministerio representa un hito histórico, más aún considerando la persecución centenaria a que fue

sometida la medicina tradicional a lo largo de toda la época colonial y republicana de Bolivia.

Con el VMTI se abrieron condiciones de cambio del sistema de salud pública del país, así como un espacio político de diálogo y negociación con las organizaciones de medicina tradicional, lo que representa una buena base para la promoción de la medicina nativa y la transformación del sistema de salud pública.

El desarrollo del Viceministerio, en estos primeros años, enfrentó muchos obstáculos y tropiezos técnicos e institucionales. Ya señalamos la situación de inestabilidad de gestión; luego de la presencia del Viceministro Zalles, una serie de nuevas administraciones se alternaron en la gestión institucional, dificultando el seguimiento y la coordinación de las actividades técnicas y, en alguna medida, hasta el mantenimiento de una memoria institucional en la institución sectorial. Amén de otras que pueden ser consideradas características de la realidad política

boliviana, así como de la historia de sus movin, lentos sindicales.

El VMTI se ha transformado en un espacio de poder ambicionado por distintos grupos de presión, en algunos casos con intereses contrapuestos. La lucha por la gestión de este espacio ha sido encarnizada, dejando en claro las múltiples divisiones que existen entre naturistas y médicos tradicionales y, en algunos casos, la falta de visión general de la problemática de interculturalidad. Las presiones ejercidas por los distintos sectores generaron la idea de un Viceministerio cuyo único rol es el de ser una "ventanilla" de quejas y de reclamos, dificultando el desarrollo de una gestión más estratégica y de largo alcance.

Pese a estos conflictos y divisiones la huella está marcada: no existe otra alternativa sino la de seguir apoyando al Viceministerio en el mejoramiento de sus capacidades técnicas e institucionales y en el desarrollo de un enfoque de interculturalidad que apunte a la superación de la calidad de la salud pública boliviana.

¿Cuál fue el impacto de las experiencias locales, desarrolladas en particular en Potosí, en el diseño e implementación de políticas públicas de salud intercultural?

Como hemos visto Potosí se presenta como el eje central de desarrollo de la temática de salud intercultural en Bolivia, las experiencias desarrolladas en el Departamento se han convertido en un punto de referencia de las políticas públicas del país, e incluso de proyectos e innovaciones que se desarrollaron en otros países latinoamericanos. Esto ocurrió, sin embargo, en un contexto institucional de alta fragilidad institucional. Los proyectos de interculturalidad aún no logran consolidarse en la institucionalidad del Departamento; se mantiene la dependencia de los organismos de cooperación internacional, y el SEDES no logra ejercer el liderazgo necesario para poder dar continuidad a las experiencias desarrolladas. Es indudable que la experiencia que generó

mayor impacto en el Departamento fue la del Postgrado Willaqkuna: el grupo de profesionales formado en esta iniciativa tiene una muy fuerte influencia en la salud pública del Departamento, generando un gran impacto en algunos proyectos nacionales de relevancia, como la SAFCI; la Residencia de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural; la estrategia de redes sociales; y otras iniciativas de formación llevadas a cabo con el apoyo de la Universidad Mayor de San Andrés.

¿Hacia qué visión del tema de interculturalidad habría que apuntar en el futuro?

Hemos mencionado los dos ejes en torno a los cuales debería desarrollarse la acción intercultural en el futuro: a) el fortalecimiento y desarrollo de la medicina tradicional, y b) la adecuación cultural de servicios y mejoramiento de la calidad del sistema público institucional.

En el primer caso se pretende un fortalecimiento del sistema de medicina tradicional (o de medicinas tradicionales) y su progresiva articulación con el sistema médico institucional. Este fortalecimiento no puede ser logrado, sólo a través de acciones políticas, de apoyo a las organizaciones de medicina tradicional y de búsqueda de financiamientos para ítems y reconocimientos económicos. Es necesario complementar este enfoque -legítimo y necesario- con acciones de investigación y desarrollo científico aplicado, apuntando a un proceso integral de "recuperación y gestión del conocimiento tradicional", base fundamental para el proceso de fortalecimiento de la medicina originaria. Hay que reconocer que, en Bolivia, las acciones que se desarrollaron fueron, hasta la fecha, marginales; sin generar un impacto en el sistema de salud pública del país. En cambio, si se quiere fortalecer la medicina tradicional se necesita trabajar para la sistematización y formalización de este conocimiento, accediendo al patrimonio académico y científico existente a nivel nacional e internacional, y poniéndolo a disposición de los mismos actores de la medicina originaria: los médicos

tradicionales. Habría que estimular, por ejemplo, la investigación aplicada en torno a plantas medicinales, propiedades fitoquímicas, eficacia terapéutica de los remedios ancestrales, entre otros aspectos. Así mismo, habría que apoyar la creación de Institutos de Medicina Tradicional dentro de universidades y de facultades de Ciencias de la Salud, promover estudios aplicados sobre la eficacia de los tratamientos tradicionales, reglamentar el uso de las plantas, conocer sus efectos adversos; finalmente, producir y patentar medicamentos para un uso controlado de los remedios tradicionales dentro de las estructuras oficiales de salud. Sin una acción estratégica de esta naturaleza, conducida con el apoyo del Ministerio de Salud, será muy difícil que el patrimonio de conocimientos de la medicina tradicional pueda ser efectivamente valorizado y vehiculado en el sistema de salud pública. Este proceso tiene que ir acompañado por otro de empoderamiento-capacitación de los médicos tradicionales (y de sus organizaciones) que vaya en el sentido del ejercicio del control sobre el conocimiento ancestral, valorizando la biodiversidad.

En el segundo caso -de adecuación intercultural de servicio- habría que seguir la línea de trabajo ensayada en el departamento de Potosí y otras experiencias mencionadas también en este texto. Los pueblos originarios de Bolivia y los ciudadanos del país tienen el derecho, sancionado en la Constitución -que proclama a Bolivia como un Estado reconocido como pluricultural- de ser atendidos por los servicios del estado (educación, salud, justicia etc.) de acuerdo a sus propias características socioculturales.

En el caso que nos ocupa esto significa tener acceso a los mejores servicios de salud, tanto desde el punto de vista clínico y de la capacidad resolutoria como de la adecuación cultural y de la "humanización" de los mismos. La adecuación de los servi-

cios de salud es necesaria para garantizar una mejor eficacia de las acciones terapéuticas del sistema. De hecho, ha sido demostrado, (y las experiencias reportada en este texto son un aporte en este sentido), cómo la adecuación de los protocolos de parto contribuye a una mejor accesibilidad del servicio y a una mayor satisfacción de la población, sin que esto implique ningún retroceso en la calidad clínica de la atención. También que introducción de facilitadores interculturales en hospitales de alta complejidad sirve a mejorar la información y el consentimiento del paciente a las acciones clínicas requeridas. De igual manera se reconoce que el uso del idioma nativo facilita la relación terapéutica entre médico, equipo de salud y usuarios del sistema. Ejemplos como estos nos muestran la potencialidad de cambio e innovación que existe detrás de la propuesta de interculturalidad, así como la complejidad del proceso en curso. Más aún vemos que el cambio requerido puede, idealmente, beneficiar no sólo a los usuarios indígenas sino, en general, a toda la población que es atendida en el sistema de salud pública.

Ésta es, por tanto, la línea que habría que seguir, no sólo a través de experiencias puntuales sino de políticas institucionales que superen la caducidad de los proyectos de cooperación y las experiencias puntuales de las ONG. Esperamos que este enfoque pueda ser asumido por las autoridades institucionales futuras y por quienes están a cargo de tomar las decisiones.

Por parte nuestra, cumplimos con la idea de ofrecer un texto que presente un cuadro de la problemática intercultural, tanto desde el punto de vista de las reflexiones teóricas como de las prácticas y las experiencias. Sólo aprendiendo de éstas, de las experiencias realizadas, podremos realizar proyectos exitosos que contribuyan a la dignificación del más grande patrimonio de Bolivia: su multiculturalidad. Iguales, aunque diferentes³¹.

31 Parafraseando el título del libro de Xavier Albó *Iguals, aunque diferentes*.

Bibliografía

Campos Navarro, Roberto

2009 *Legalización y legitimidad de las medicinas indígenas en México y Bolivia.* UNAM, mecanoescrito.

Castellón, Iván

1997 *Abril es tiempo de Kharisiris. Campesinos y médicos en comunidades andino-quechuas.* Cochabamba, Bolivia: ASONGS/PCI/MAP/PROSANA/SITUMSS.

Citarella, Luca. (comp.)

1995 *Medicinas y culturas en la Araucanía.* Santiago de Chile: Editorial Sudamericana.

Citarella, Luca; Dibbits, Ineke; Velasco, Ruth

2005 *Guía para la adecuación intercultural de la salud materna.* Ministerio de Salud, La Paz.

ENSA

2003 Encuesta de Demografía y Salud. Bolivia

ENSA

2008 Encuesta de Demografía y Salud, Informe Preliminar. Bolivia

Fernández Juárez, Gerardo.

2008 Kharisiris en acción. Cuerpo, persona y modelos médicos en el altiplano de Bolivia. Quito, Ecuador: Cuadernos de investigación, CIPCA.

Iamele, Guiseppe

2009 *Para que se acuerden de nosotros.* La Paz: Prohisaba-Union Europea.

INE

2003 *Características socio demográficas de la Población Indígena.* Bolivia.

INE

2001 *Resultados Departamentales Potosí.* Censo de Población y Vivienda 2001. Bolivia

Kleinman, Arthur

1995 *Writing at the Margin: Discourse Between Anthropology and Medicine.* Berkeley: University of California Press.

Menéndez, Eduardo

1990 *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones.* México: CIESAS.

Ministerio de Hacienda

2008 *Gestión pública intercultural*, SNAP, La Paz.

Ministerio de Salud y Deportes

2006 *Plan de Desarrollo Sectorial de Salud 2006-2011*.

OPS/OMS.

2004 *Análisis del Sector Salud 2003*. Informe Final de Consultoría.

OPS/USAID

2007 *Perfil de los sistemas de salud de Bolivia. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*.
Washington: Tercera Edición.

Ramirez, Susana

2006 *Donde el Viento llega cansado*. Potosí: Cooperación Italiana.

UNA VISIÓN GENERAL SOBRE LA SALUD

INTERCULTURAL EN PUEBLOS ORIGINARIOS

Roberto Campos Navarro

En el hospital

*Escuchen, mis hermanos,
el cuento que les digo,
las cosas que yo veo;
estoy en Comitán.*

*Enfermo estoy aquí
en este hospital,
así lo veo bien
el modo de su hacer.*

*Pues **en el hospital**
enfermos **muchos hay**
de diferentes **pueblos**
con males muy diversos.*

*Hermanos nuestros sufren,
muy fuerte es su dolor,
y otros sin dolor,
..según la enfermedad.*

*En este hospital,
si llega un patrón,
con gusto lo reciben
pues sí se **caen bien**.*

*Si llega un hermano
que es tojolabal,*

*andamos bien perdidos
dentro del hospital.*

*La lengua no entendemos
que los doctores hablan,
tampoco nos entienden
ni nuestra enfermedad.*

*Y si no nos entienden
tampoco nos respetan;
su corazón les dice
que no sabemos nada.*

*La lengua de nosotros
no quieren aprender
porque ellos no respetan
así como hablamos.*

*Escuchen mi palabra,
del corazón nació;
los meros ignorantes
son ellos de verdad.*

*En este mundo, digo,
iguales son los cuerpos,
hermanos somos todos
de una humanidad.*

*Hay blancos y **morenos**
bambaras, chinos, indios;
hermanos somos todos
de una humanidad.*

*Por ello ya nosotros
debemos aprender
la lengua que es de ellos,
que nos respeten ya.*

*También les toca a ellos
lo mismo aprender
la lengua que es la nuestra;
hermanos, pues, seremos.*

*Hermanos, me despido,
y que les vaya bien
y que no les pase nada
por sendas y veredas.*

*Nos vemos, nos hablamos;
en otra ocasión
platicaremos cómo
estamos por acá.*

(Poeta tojolabal fallecido en 1976. Poema
recolectado por Carlos Lenkersdorf, 1999)

Así iniciaba un poeta maya tojolabal, aquejado de leucemia aguda, el relato sobre su experiencia **en un** hospital público del gobierno federal en la ciudad de Comitán, en Chiapas, al sureste de México. Recrea un diálogo dirigido a sus hermanos indígenas en el que quiere transmitir sus vivencias en torno a un espacio de curación que no existe en la cultura ni en la sociedad tojolabal. Damos por hecho que el poeta enfermo no encontró alivio en los amorosos cuidados y remedios de su madre, de su abuela, de sus parientes, amigos y vecinos. Damos por hecho que fueron inútiles los esfuerzos de curanderos, yerberos y sobadores y que no sirvieron rituales ni conjuros. Damos por hecho que él y su familia pidieron permiso a los dioses y a las divinidades ancestrales, a Cristo y a la Virgen de Guadalupe para salir de la casa, de la comunidad y de los límites del territorio de su grupo étnico. El poeta-paciente mira con respeto el ámbito del hospital, respeta el quehacer de doctores y enfermeras. Él sabe que hay ciertas enfermedades en las que la medicina autodenominada "científica" tiene mayor capacidad de resolución, que es una práctica más poderosa que la medicina nativa en sus versiones doméstica y especializada. Él sabe que el hospital aloja a hombres, mujeres y niños de la ciudad y del campo, mestizos e indígenas. Él observa, analiza y reflexiona sobre lo que sucede en el hospital. Él sabe y siente en carne propia que la atención es diferenciada, que los mestizos son mejor atendidos y que los enfermos indígenas son menospreciados; en fin, que no existe igualdad.

Los hombres y mujeres originarios de América Latina saben perfectamente que no reciben un trato igualitario en centros de salud, clínicas y hospitales, ya sean públicos o privados. La discriminación es evidente y descarada; se los trata como a ciudadanos de segunda o de tercera categoría. Por eso se sienten perdidos y abandonados. Así, el encuentro médico-paciente se convierte a menudo en un desencuentro: las posibilidades de entendimiento son mínimas. Al doctor no le interesan las explicaciones populares de la enfermedad, y ni siquiera contempla la existencia

de enfermedades relacionadas con la cultura. De esta manera, el *mal de ojo* es una simple infección ocular o conjuntivitis, el *empacho* es una diarrea cualquiera, el *susto o mancharisqa* es una mera superstición y la *brujería* un invento de la gente ignorante. Además, los remedios herbolarios pueden tener algún interés, pero su eficacia nunca está a la altura de los medicamentos de patente, y considera los procedimientos rituales como una muestra más de la inclinación popular hacia las interpretaciones y prácticas mágico-religiosas. El doctor concluye por ratificar la ignorancia del "otro", al mismo tiempo que se reafirma en el carácter indiscutible de su propio conocimiento y confirma su presuntuosa superioridad.

No obstante, unos pocos doctores con orientación intercultural albergan el deseo, la esperanza y la convicción de que la salud pueda ser entendida como un derecho humano universal, un derecho colectivo y social, que trascendiendo barreras culturales e ideológicas, se traduzca en una atención respetuosa, solidaria, técnicamente informada y pertinente en términos culturales.

Ya en el siglo XVI, un misionero franciscano preocupado por la suerte de los pueblos originarios, fray Bernardino de Sahagún, afirmaba en el prólogo de su *Historia general de las cosas de Nueva España* que:

El médico no puede acertadamente aplicar las medidas al enfermo sin que primero conozca de qué humor o de qué causa procede la enfermedad, de manera que el buen médico conviene sea docto en el conocimiento de las medicinas y en el de las enfermedades, para aplicar convenientemente a cada enfermedad la medicina contraria (1989: 31).

En el siglo XVII, las Constituciones y Ordenanzas del Real Hospital de San José de los Naturales, que en la ciudad de México atendía exclusivamente a los enfermos indígenas, establecía como criterio de selección el que los médicos fueran:

...siempre de los más hábiles, y de mayor aceptación en ella, y de largas experiencias, conocimiento del país, consiguientemente de las naturalezas

y complexiones de los Indios, su modo de vivir, alimentos y bebidas de que usan, enfermedades que por lo regular les son propias a sus naturalezas, y complexiones nativas, pues todo esto puede conducir al acierto en la curación de sus dolencias, especialmente las epidemias a que son propensos (Campos Navarro y Ruiz-Llanos 2001: 603).

En la actualidad, a principios del siglo XXI, podemos afirmar que resulta imposible ser un buen trabajador de la salud (médico, dentista, enfermera, trabajadora social, etc.) comprometido con los pueblos originarios de Bolivia, México y América Latina en general, si no se conoce y comprende las características socioculturales, generales y particulares, de los pueblos originarios a los que se pretende servir.

El trabajador de la salud que labora en las regiones indígenas de nuestra América no debe desconocer las raíces originarias americanas ni tampoco el resultado de la violenta conquista europea que se expresan en el mestizaje. El insigne historiador mexicano Miguel León Portilla señala para Mesoamérica **algo que se puede decir exactamente** a la región andina:

Desde luego que la presencia hispánica y del cristianismo es innegable. Pero también es cierto que hasta hoy perduran numerosos elementos de la cultura mesoamericana, no sólo entre los más de diez millones de indígenas sobrevivientes, sino también en grandes sectores de la población de México. Ésta es hoy mestiza en su mayoría, sin que ello signifique una inevitable asimilación de los pueblos indígenas. El México moderno, sobre el que se ciernen los riesgos de una globalización cultural, en el que hoy mismo hay grupos mesoamericanos en abierta rebelión, debe tomar más honda conciencia de su propia realidad. Viven en él, trillones de indígenas que no han sido absorbidos por la mayoría y, por tanto, no han sido del todo conquistados. Quienes, de un modo o de otro, nos hallamos en un contexto cultural hondamente influido por la civilización mediterránea, hemos conservado asimismo, no poco del legado cultural de Mesoamérica (León Portilla 2001).

Podemos afirmar que una característica común de todo el espacio latinoamericano es su diversidad de culturas originarias, mestizas y foráneas, con valores, normas y prácticas de origen múltiple. Entonces resulta lógico que, desde el punto de vista de la planificación sanitaria y la atención médica, debamos plantear varias interrogantes sobre las orientaciones de la medicina pública e institucional que se practica en nuestros países: ¿qué tipo de servicios de salud se deben ofrecer en regiones interculturales con mayoría (e incluso minoría) indígena?, ¿qué significa el proceso de interculturalidad?, ¿qué es la interculturalidad en salud?, ¿cuáles han sido las políticas de interculturalidad en salud por parte del Estado y de las entidades no gubernamentales?, ¿cuáles han sido sus alcances y sus limitaciones? y ¿qué se puede hacer en el futuro?

De la interculturalidad forzada a la interculturalidad apropiada

Cada año, cientos de estudiantes universitarios de las carreras de medicina, enfermería y odontología son enviados a las áreas rurales e indígenas para el cumplimiento de su servicio social obligatorio¹. Cada semestre, decenas de futuros especialistas pediatras, ginecólogos, cirujanos, internistas y médicos de familia deben observar un periodo de residencia en hospitales rurales como requisito para culminar su respectiva capacitación especializada.

En forma permanente, las instituciones del sector salud contratan a jóvenes profesionales médicos, enfermeras y odontólogos para que desempeñen actividades profesionales en centros de salud, unidades médicas rurales y hospitales ubicados en medio de territorios indígenas.

Todos ellos -con honrosas excepciones- son enviados a trabajar con los pueblos indígenas, sin tener la menor idea de quiénes son los indígenas,

¹ Desde hace más de cincuenta años, todo estudiante universitario en México debe cumplir el llamado "servicio social" como requisito para graduarse. En el caso de la carrera de medicina constituye el sexto y último año. Por lo general, se realiza en una población rural o suburbana, bajo las normas y reglas establecidas por estructuras gubernamentales.

cuál es su origen e historia, cuáles son sus formas de pensamiento y cosmovisión, sus hábitos y prácticas culturales, sus recursos para sobrevivir, sus fortalezas y debilidades comunitarias, sus particulares formas de solidaridad y de expresión de conflictos, así como sus derechos constitucionales en tanto colectividades socio-culturalmente diferenciadas. En este sentido, el antropólogo mexicano Guillermo Bonfil Batalla afirmaba en su libro *México profundo, una civilización negada*, que los profesionales universitarios mexicanos desconocen el país en que viven y reniegan del mismo:

Se rechaza cualquier posibilidad de vinculación orgánica con el saber del México profundo; esa sabiduría se ignora pero se niega. Los arquitectos desconocen los sistemas tradicionales de construcción y el sentido y la función de los espacios que no correspondan a las aspiraciones de los sectores urbanos medios y altos; los médicos ignoran y desprecian la farmacopea natural; los abogados no tienen la menor idea del derecho consuetudinario que regula la vida cotidiana de la mayoría de los mexicanos; los agrónomos no toman en cuenta el conocimiento de los campesinos que continúan una tradición agrícola de siete mil años, desde la invención misma de la agricultura, aquí; los economistas dejan de lado lo que sucede en los "circuitos informales" con los que resuelven gran parte de sus problemas de sobrevivencia millones de mexicanos, porque no los conocen, y la lista de ejemplos podría continuar indefinidamente (Bonfil 1994: 184).

A esta forma de ignorancia se suma un enorme conjunto de prejuicios acerca de los indios: esos indios que son flojos, que no les gusta trabajar; esos indios que son sucios, que huelen feo, que no se bañan; esos indios que no saben comer bien, que desconocen el equilibrio entre proteínas, azúcares y grasas y que mantienen desnutridos a sus hijos; esos indios que son tan tradicionalistas porque no desean aceptar el cambio que ofrece la modernidad occidental; esos indios que son tercos y necios porque ahora pelean por el reconocimiento de sus pretendidos derechos indígenas; esos indios que tienen tantos hijos y a los que es necesario obligar a aceptar la planificación fa-

miliar; esos indios que prefieren a sus curanderos en vez de al doctor que ha estudiado en la universidad; esos indios que todavía creen en la pérdida del alma, en la hechicería y en los "malos vientos"; esos indios que prefieren sus hierbitas y remedios tradicionales en lugar de los fármacos y la avanzada tecnología biomédica. En fin, esos indios desconocidos que siguen muriéndose de enfermedades simples y prevenibles (diarrea, infecciones respiratorias, etc.), y que siguen siendo discriminados, sin posibilidad alguna de acceder a los recursos vitales básicos como tierra, vivienda, educación y salud.

En este contexto –que podríamos definir de *interculturalidad forzada*–, constatamos que la práctica de la biomedicina en pueblos originarios resulta pobre, insuficiente e incapaz de solucionar los problemas de salud de la población. No debería sorprendernos el que sea calificada por los propios usuarios indígenas como discriminatoria, fragmentaria e incompleta, a pesar de que se le pueda reconocer una indudable eficacia.

Hoy en día se habla mucho de "interculturalidad", pero casi siempre sin entender exactamente lo que es o representa tal concepto. Ni siquiera aparece en el *Diccionario de la Real Academia de la Lengua*. En realidad, se trata de un concepto acuñado en el siglo pasado por las ciencias sociales, especialmente la antropología, para denotar las relaciones que se establecen entre dos o más culturas. Por su parte, el término 'cultura' nace en la segunda mitad del siglo XIX, cuando el inglés Edward B. Tylor, considerado el primer antropólogo profesional, la define como: "ese todo complejo que incluye conocimiento, creencia, arte, moral, derecho, costumbre y cualesquiera otras capacidades y hábitos adquiridos por el hombre como miembro de una sociedad" (Tylor 1977: 19).

Después de esta primera aproximación conceptual, los antropólogos de todo el mundo han construido, deconstruido y vuelto a construir el concepto, afirmando en esencia que la cultura es un conjunto de obras materiales e ideológicas producidas por el

hombre, que se transmite de generación en generación, que sufre cambios, que expresa y refleja una múltiple red de símbolos y significados.

A mediados del siglo XX, una corriente antropológica surgida en los Estados Unidos de América y denominada culturalismo empieza a utilizar términos como aculturación, transculturalidad e interculturalidad. En México, el médico y antropólogo Gonzalo Aguirre Beltrán definió 'aculturación' como el proceso de contacto entre diferentes culturas y se adscribió a la conceptualización de los teóricos estadounidenses Robert Redfield, Ralph Linton y Melville Herskovits:

aculturación comprende aquellos fenómenos que resultan cuando grupos de individuos de culturas diferentes entran en contacto, continuo y de primera mano, con cambios subsecuentes en los patrones culturales originales de uno o de ambos grupos (Aguirre 1982: 15).

De allí parte que el contacto cultural entre esas varias culturas se constituya en un espacio de múltiples contactos interculturales (*op. cit.*: 23).

Desde una perspectiva crítica frente al culturalismo, Guillermo Bonfil Batalla replanteó la cuestión de la pluriculturalidad -es decir, la existencia de múltiples culturas en una misma nación-, partiendo de una evidente realidad socio-demográfica en América Latina: los más de 40 millones de indígenas distribuidos en cerca de 400 etnias, todas ellas ubicadas en sociedades nacionales con profundas desigualdades sociales y que tienden a la búsqueda de proyectos de globalización y homologación (Bonfil 1991 1994: 12-15).

Recientemente se ha definido la 'interculturalidad' dentro del enfoque multicultural como:

...una forma especial de relacionarse que tienen los individuos, pertenecientes a distintas tradiciones culturales, cuando conviven en el mismo territorio. En este sentido se habla de interculturalidad para referirse al conjunto de objetivos y valores que deberían guiar esos encuentros. Se trata no sólo de aceptar y respetar las diferencias,

sino también de valorarlas, y educar a los ciudadanos en los principios -guía de la convivencia entre sujetos culturalmente diferentes. (...)

La interculturalidad se plantea como una ética de la convivencia entre personas de distintas culturas y pretende, entre otras cosas, desmontar el etnocentrismo y las fronteras identitarias (García 2007: 205).

En esta perspectiva, la interculturalidad no es una simple diferenciación y encuentro neutro de culturas y de relaciones interculturales supuestamente igualitarias. Es imposible separar la dimensión política de una interculturalidad entendida y usada desde las élites y los Estados nacionales y desde intereses transnacionales con fines pragmáticos, mercantiles y como parte de la globalización económica y cultural, de una interculturalidad que nace y se consolida en procesos de emancipación socio-política (con su expresión en nuevas constituciones políticas del Estado) que son los casos recientes de Venezuela, Ecuador y Bolivia'.

Desde la antropología médica...

En el campo de la salud, definimos la *salud intercultural* como la práctica y el proceso relacional que se establecen entre el personal de salud (médicos, enfermeras, etc.) y los pacientes (y sus familiares), en el que ambas partes pertenecen a culturas diferentes, y en el que se requiere de un entendimiento recíproco para que los resultados del contacto (consulta, intervención, orientación) sean satisfactorios para ambas partes.

En este sentido, estamos de acuerdo con la propuesta del médico y la antropóloga chilenos Jaime Ibacache y Ana Oyarce, que definen la interculturalidad en salud como "la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico

² Para una profundización en este tema véase el segundo capítulo de J. Víaña, 2009.

gico, social y relacional. Percepciones que a veces pueden ser incluso contrapuestas" (1998: 21).

Cuando calificamos la interculturalidad como *adecuada* o como *apropiada* deseamos referirnos a aquella relación que se verifica con una preparación, sensibilización y capacitación previas, que conducen a mejores resultados en el diálogo respetuoso, tolerante y flexible con los pacientes. Su finalidad no es integracionista, por cuanto existe una búsqueda intencional de consenso con los pueblos indígenas. En este orden de ideas, la práctica intercultural adecuada **sería el** resultado de una relación dialéctica, participativa y consensual de la práctica médica entre personas que poseen una cultura diferente, con respeto a sus valores y creencias, y adaptándose creativamente a los respectivos conceptos multiétnicos y pluriculturales. Por tanto, el no respeto, la no adaptación y la no adecuación serían conductas contrarias a la relación dialéctica y a la relación intercultural.

Además, cabe mencionar que la interculturalidad no se debe reducir a las relaciones con los pueblos originarios, sino que puede y debe extenderse a todas aquellas comunidades culturalmente diferenciadas, por ejemplo, los turistas extranjeros que enferman en los sitios que visitan, los sordomudos que mantienen un código de señas específico y particular. Tampoco se debe reducir la interculturalidad **en salud a las** relaciones que se establecen con la medicina tradicional y sus representantes.

Por otra parte, es necesario **insistir** en que la relación médico-paciente en zonas campesinas e indígenas **es un** fenómeno muy complejo debido a puntos de vista que son divergentes, contrapuestos y aparentemente irreconciliables. Los médicos basan sus conocimientos profesionales en el método científico y en resabios positivistas. Por otro lado, los pacientes, sobre todo campesinos e indígenas, poseen una cosmovisión y un sistema de creencias de carácter mágico-religioso. Pensar que la práctica de la biomedicina debe ser igual para todos, independientemente de las variables sociales, económicas,

políticas y culturales de las poblaciones receptoras de dichos servicios médicos es un gravísimo error.

En las carreras de medicina, enfermería y odontología se reconoce formalmente el equilibrio biopsico-social. No obstante, en la realidad se impone el dominio absoluto del biologicismo: somos iguales porque todos somos cuerpos regidos por las leyes inmutables de la vida. Todos nacemos, crecemos, funcionamos, nos reproducimos y morimos de la misma forma. La enfermedad no es nada más que un problema anatómico o un desarreglo fisiológico, y la curación aparece como un proceso que se reduce a la reintegración corporal del individuo con un problema de salud. Por ello, la dimensión psicológica y simbólica, la familia, la comunidad, las relaciones sociales e interétnicas, la interculturalidad, y otros procesos colectivos son considerados factores secundarios y poco relevantes.

Pero conocer y comprender las culturas indígenas latinoamericanas significa también tolerar y respetar el conjunto de ideas, creencias, representaciones y prácticas sociales de dichos pueblos, de modo que la práctica médica en contextos interculturales apunte a adaptarse y adecuarse a tal realidad.

Precisamente para iniciar un proceso de sensibilización y aprendizaje intercultural resulta fundamental la aproximación a la cosmovisión de los pueblos originarios, pues su conocimiento orienta sobre los elementos centrales de su ideología, su particular sistema de creencias, sus valores, sus normas, sus propias formas de comportamiento social, sus relaciones grupales, es decir, todas sus manifestaciones de orden sociocultural. En el campo de la salud, la cosmovisión colectiva e individual nos da un marco referencial explicativo sobre la vida, la muerte, la salud, la enfermedad y las estrategias curativas específicas para lograr la recuperación de la salud.

Los derechos de los pueblos indígenas, ^{sus expectativas} de autonomía dentro de los límites ^{de la} nación, sus relaciones con el Estado, así como sus constantes y renovadas luchas por lograr una política

incluyente en los planes de gobierno confirman la necesidad del reconocimiento pluricultural de las naciones americanas originarias y del pleno disfrute de los derechos que históricamente les han sido negados.

La multiculturalidad y su expresión manifiesta en los procesos de embarazo, parto, puerperio, infancia, alimentación, desarrollo y madurez de la vida, así como de enfermedad y muerte son fenómenos que afectan a todos los seres humanos, pero se particularizan y se diferencian en cada una de las culturas originarias. Por ello, podemos afirmar el carácter universal de los procesos biológicos y simultáneamente confirmar su especificidad cultural.

En este sentido, las enfermedades pueden tener un sustrato orgánico o no, pero siempre estará presente su contenido psico-social y cultural. Las enfermedades dependientes de la cultura como el *susto*, el *empacho*, el *mal de ojo*, el *mal aire* o la *hechicería* nos interesan, no por su peculiar exotismo, sino porque expresan realidades epidemiológicas distintas de las concebidas por la medicina académica y porque son tan sufridas y padecidas por nuestros pacientes indígenas como aquellas que atiende la propia biomedicina.

En la medicina indígena y en los recursos caseiros utilizados por las familias originarias, la herbolaria es un elemento fundamental. Su conocimiento y uso se extiende por toda Latinoamérica, y su estudio sistemático nos ha conducido a la elaboración de un cuadro básico de remedios herbolarios cuyo origen geográfico es bastante diverso, de tal modo que se usan plantas medicinales nativas, así como las procedentes de Europa, África, Asia e incluso Australia.

Sin dejar de considerar los recursos materiales y simbólicos de las prácticas curativas indígenas, el principal recurso es y seguirá siendo el propio terapeuta, el médico originario. Las políticas públicas interculturales, entonces, deberán promover y fortalecer los recursos humanos propios (los médicos indígenas), así como sus recursos materiales (herbolaria) y simbólicos (rituales), a pesar de que la biomedicina siga confiando ciegamente en

sus adelantos tecnológicos, y continúe menospreciando las posibilidades y potencialidades de estos otros recursos terapéuticos.

En las políticas públicas interculturales se debe manejar la estrategia de complementariedad, y ello significa un doble acercamiento al paciente. Por un lado hacia la enfermedad (*disease*), como una aproximación externa u objetiva, pero también hacia el padecimiento (*illness*), que es una cuestión interna, subjetiva, personalizada, aunque igualmente válida. Y ello conduce a los itinerarios del enfermo y sus posibilidades de atención en la medicina originaria u otras prácticas médicas, incluida la biomedicina.

Así, han surgido propuestas terapéuticas interesantes. Por ejemplo, en el terreno de la salud mental, ha emergido la etnopsiquiatría, que pretende profundizar en la cultura del "otro" que es originario y en el importantísimo vínculo comunicacional que es la lengua en que se establece la relación entre médico y paciente, donde a mayor conocimiento lingüístico del idioma que maneja el paciente, mayores son las posibilidades de un entendimiento relacional y, por ende, de un entendimiento terapéutico.

El personal de salud, aparte de su responsabilidad técnica, tiene una responsabilidad profesional y ética que consiste en conocer las características económicas, políticas, sociales y culturales de los pueblos entre los que ejerce la medicina, independientemente de si ha sido enviado allí o si él mismo ha elegido trabajar en un contexto intercultural.

La relación del personal de salud con los pacientes en situación de interculturalidad debe estar guiada por una atención integral, un pleno respeto y una genuina compasión (amorosa o amistosa) hacia el "otro" que sufre y que requiere de sus servicios y atenciones. Y esto nos conduce a consideraciones éticas en virtud de las cuales me reconozco en el "otro" que pudiera ser yo mismo. Es la construcción de un paradigma ético diferente, donde ya no se trata del "otro", sino de un "nosotros" de reconocimiento mutuo, donde se desvanece -en la medida de lo posible- el ejercicio asimétrico de la relación

médico-paciente, y donde se rompe con el esquema educador-educando, pues todos "nosotros" estamos en un proceso de conocimiento y de interrelación.

Precisamente a causa de la diversidad cultural en América Latina debemos esforzarnos por establecer las bases para un diálogo y un entendimiento intercultural. En este contexto, el encuentro intercultural presupone las siguientes condiciones:

- el reconocimiento y la aceptación del "otro" diferente a mi persona, a mi comunidad, a mi cultura;
- la construcción de un diálogo respetuoso y tolerante para lograr entendimiento y comprensión de diferentes formas de pensar, decir y hacer.
- una aproximación al conocimiento de la cultura del "otro" desde su propio lenguaje étnico hasta su particular expresión corporal.

Según M. Rodrigo Alsina, la *comunicación intercultural*, entendida como una "comunicación entre aquellas personas que poseen unos referentes culturales tan distintos que se auto perciben como pertenecientes a culturas diferentes" (1999: 12), implica tener capacidad o competencia tanto en el terreno cognitivo (conocimiento de la cultura propia y

ajena) como en el emotivo (que permita neutralizar nuestras propias ansiedades). Por último, para este autor, los objetivos de una comunicación intercultural adecuada serían:

- Establecer los fundamentos del intercambio cultural que se base en el conocimiento crítico y auto crítico del "otro" o de los "otros".
- Eliminar estereotipos negativos que cada cultura produce de las otras culturas.
- Tratar de iniciar la negociación intercultural, partiendo del principio de la igualdad.
- Proceder a la relativización de nuestra cultura que nos llevará a la comprensión de otros valores alternativos, y, eventualmente, a su aceptación (*op. cit.*: 242-243).

Las experiencias interculturales con los pueblos originarios son aprendizajes constantes, continuas elaboraciones de realidades compartidas y, en última instancia, construcciones colectivas de una interculturalidad en salud que se pretende sea adecuada no sólo desde una perspectiva interpersonal, sino desde una nueva visión social y política en la que las culturas originarias sean realmente entendidas, reconocidas, revalorizadas y fortalecidas.

Bibliografía

Aguirre **Beltrán, Gonzalo**

1982 *El proceso de aculturación*. México, D. F.: CIESAS, **colección Problemas Científicos** N° 3.

Bonfil Batalla, Guillermo

1994 *El México profundo, una civilización negada*. México, D. F.: Grijalbo.

Campos Navarro, Roberto y Adriana Ruiz-Llanos

2001 "Adecuaciones **interculturales en los** hospitales para indios en la Nueva España", *Gaceta Médica de México*, 137(6): 603.

García, José Luis

2007 " Interculturalidad", en Baraño, García, Cátedra y Devillard (coords.), *Diccionario de relaciones interculturales. Diversidad y globalización*. Madrid: Editorial Complutense.

Ibacache, Jaime

1999 "Desarrollo de la epidemiología intercultural: marco conceptual", en Taller Nacional Salud y Pueblos Indígenas. *Salud, Cultura y Territorio. Bases para una epidemiología intercultural*. Chile, Ministerio de Salud/Servicio de Salud Araucanía.

Lenkersdorf, Carlos (comp.)

1999 *Indios somos con orgullo. Poesía maya-tojolabal*. México, D. F.: UNAM.

León Portilla, Miguel

2001 "La conquista de México" en *Arqueología Mexicana* Vol. IX (51): 74-81.

Rodrigo Alsina, Miquel

1999 *Comunicación intercultural*. Barcelona: editorial Anthropos.

Sahagún, fray Bernardino de

1989 *Historia general de las cosas de Nueva España* (introducción, paleografía, glosario y notas de Jose-fina García y Alfredo López-Austin). México, D. F.: Conaculta y Alianza Editorial Mexicana.

Tylor, Edward B.

1977 *Cultura primitiva. Los orígenes de la cultura*. Madrid: Editorial Ayuso.

Viaña, Jorge

2009 *La interculturalidad como herramienta de emancipación. Hacia una redefinición de la interculturalidad de sus usos estatales*. La Paz: Instituto Internacional de Integración, Convenio Andrés Bello.

II

REFLEXIONES ACERCA DE LA INTERCULTURALIDAD EN SALUD

PRESENTACIÓN

A continuación se presenta una sección de artículos teórico-conceptuales sobre interculturalidad en áreas indígenas, la mayoría de los cuales constituyen los contenidos formativos de las docencias del Postgrado en Salud intercultural *Willaqkuna* de la Cooperación Italiana.

Para una correcta lectura de los materiales es necesario señalar algunos elementos:

- El estilo de redacción y la organización de los textos de varias de las docencias que componen este volumen están fuertemente condicionados por el hecho de haberse trabajado sobre la base de intervenciones orales registradas durante el postgrado. Los editores del libro han decidido mantener las características originales de las intervenciones, aunque tratando de sintetizar los contenidos abordados por los docentes.
- Para completar el cuadro de los temas tratados se han agregado a las docencias realizadas en Potosí algunos artículos elaborados por los mismos docentes del postgrado en el marco de otros proyectos editoriales y de otras actividades de capacitación sobre salud intercultural. Tal es el caso, por ejemplo, del artículo de Eduardo Menéndez ya publicado en el año 2004, y de una serie de artículos elaborados en el marco de un proceso de capacitación realizado en México por la sociedad civil denominada *Yolpahili. Servicios de Salud con calidad intercultural en*

pueblos amerindios, encargado por la Secretaría de Salud Federal de México. Este proceso se desarrolló entre agosto y noviembre de 2003 en distintos estados de ese país. Como se podrá observar, el estilo de redacción de dichos textos es distinto por haber sido trabajados en gabinete por los mismos autores.

- Algunas importantes intervenciones docentes realizadas en el Postgrado de Salud Intercultural en Potosí no han podido ser incluidas en la documentación que se presenta debido a problemas de registros y mala calidad de las transcripciones.
- Finalmente, un elemento que no ha sido posible recuperar en estas presentaciones ha sido la gran riqueza y calidad de los momentos de aprendizaje activo del postgrado: discusiones, comentarios de los alumnos a las docencias, preguntas, trabajos de grupos, sociodramas, interacciones en aula con médicos tradicionales y estudios de caso.

Esperamos que la riqueza de las docencias reunidas aquí compensen algunos de los problemas formales que los materiales aún puedan presentar. Esperamos, asimismo, que la sistematización realizada pueda reflejar el extraordinario proceso de aprendizaje que el Postgrado en Salud Intercultural *Willaqkuna* ha representado para todos los que han participado en su desarrollo: docentes, alumnos y el equipo coordinador del curso.

PUEBLOS ORIGINARIOS, BIOMEDICINA

E INTERCULTURALIDAD: CONFERENCIA INAUGURAL*

Roberto Campos Navarro

Los médicos están concentrados en las ciudades y nunca salen al campo; ignoran la lengua tzotzil, no conocen nuestras costumbres y sienten gran desprecio por el indígena. En los centros de salud nos tratan mal, no hay comunicación posible con el doctor, y así, aunque sea muy buen médico, no nos pueden curar. Por eso no les tenemos confianza.

Asimismo, las enfermeras nos tratan como si fuésemos cosas. Por eso, para nosotros, la medicina del doctor es como si no existiera. Los programas de salud no son realistas, pues no conocen nuestras costumbres y nunca tienen en cuenta la medicina de las hierbas.

Un programa muy bien pensado que no lo lleva a efecto el personal es inútil. Ni los médicos ni las enfermeras se preparan para tratar con nosotros. Si nos enfermamos, somos de segunda categoría.

Además, la medicina es muy cara, es un negocio. A veces solo tenemos dinero para pagar la ficha pero no para la medicina. Se nos vende medicina mala y ya pasada que es ineficaz. Por eso, nosotros no confiamos en medicina de los doctores.

(Declaración Tzotzil de Salud, Congreso Indígena de 1974.
San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México.)

* ¹ Postgrado en Salud Intercultural Willaqkuna, Potosí, Bolivia 2002-2003.

Palabras duras, cortantes y filosas como una na'aja. Son la expresión y el reflejo de más de 400 años; de dominación en la América, primero por el hombre europeo, y por el criollo después. No hay la menor duda, los pueblos originarios de este continente miran con miedo y desconfianza la palabra y las obras de los hombres foráneos (nacionales o extranjeros). No se salva la oferta de los supuestos o verdaderos beneficios de la medicina moderna u occidental: "No hay confianza. Nos han engañado por cientos de años y lo siguen haciendo".

Veinte años después de la declaración que acabamos de citar -el primero de enero de 1994-, ya no serían las palabras sino las armas: el fusil y el machete, el anonimato tras un pasamontañas (%a quién le interesa ver la cara de los indios, si son todos iguales?"). Son los hombres "verdaderos" (de acuerdo a sus denominaciones colectivas); son campesinos, son pobres, son enmascarados y se autodenominan como zapatistas, que con el rifle y la pistola en sus manos lanzan un ¡Ya basta! ante tanto olvido, ante tanta pobreza e injusticia.

Demandan tierra para trabajarla, vivienda para sus familias, educación para sus hijos y servicios médicos con medicamentos de patente y hospitales para sus enfermos. Sí, escucharon bien: piden médicos para que sus niños no mueran de enfermedades fácilmente prevenibles, es decir, de diarreas e infecciones respiratorias. Pero, sobre todo, nos piden y nos exigen ser escuchados, ser tratados con dignidad y respeto. Hace cientos de años, unos frailes católicos mostraron en España que los indios americanos sí tenían alma y que no eran animales. Ahora un grupo de indígenas nos exigen no sólo ser tratados como humanos, sino también que reconocamos su derecho a la cultura propia y particular en que han nacido. Son indios de ascendencia maya: choles, tojolabales, tzeltales y tzotziles, y ciertamente, algunos hombres mestizos dispuestos a vivir y morir como ellos.

Ahora bien, nos preguntamos: ¿nuestros hospitales y centros de salud en territorios indígenas (en

Bolivia, Chile, Perú, México y América Latina en general) responden técnica y culturalmente a las demandas de los pacientes rurales, de los pacientes de pueblos originarios? Con honrosas excepciones, creo que no. Hemos constatado indolencia, indiferencia y frialdad del personal médico y paramédico ante el enfermo hospitalizado. No es un problema temporal ni circunscrito a ciertos países. Se trata de un problema estructural y generalizado. Estamos fallando, y la falencia involucra la formación y la capacitación de médicos y enfermeras, dentistas y trabajadores sociales. Estamos hablando de fallas estructurales en las escuelas y facultades de medicina, de enfermería, de estomatología y de trabajo social, entre otras.

Hablamos de nuestras universidades. Estamos preparando estudiantes desalmados, no en el sentido de que sean moral e intrínsecamente malvados, sino de la ausencia de alma, humanidad, amor y amistad hacia el otro. Ese otro con enfermedad, con dolencias, que vive el sufrimiento, y que además -por si fuera poco- es una persona que posee una cultura diferente a la nuestra. Precisamente aquí reside la raíz del problema. Si no cambiamos la universidad, si no transformamos nuestras escuelas, si no modificamos el currículo escolar, y si no tocamos nuestro corazón y nuestros sentimientos, cualquier medida será inútil.

Empecemos por lo más inmediato, es decir por nosotros mismos, por nuestras escuelas, por nuestros centros de trabajo. Ciertamente, nuestra formación universitaria nos posiciona en un perfeccionamiento técnico en el campo de la enfermedad, particularmente en la orientación biológico-corporal, pero requerimos de una capacitación socio-cultural o antropológica del proceso salud-enfermedad-atención.

De allí la importancia del aprendizaje intercultural en Ciencias de la Salud. Hoy estamos inaugurando un inédito curso de postgrado en Salud Intercultural. De inmediato surgen varias y legítimas interrogantes: ¿por qué es necesario este curso?, ¿para qué lo hacemos?, ¿quiénes intervenimos?, ¿qué haremos

en este curso y cómo lo haremos?, ¿con qué apoyos? igual (de urbana) que la centenaria Escuela de Medicina de la UNAM (Universidad Nacional Autónoma de México), que había implantado en 1946 la figura del pasante de servicio social como un estudiante del último grado, ejerciendo en forma obligatoria durante un año en regiones rurales del país, figura que aquí en Bolivia se conoce como médico de provincia.

¿Por qué es necesario este curso ?

Estamos reunidos aquí porque hay un problema fundamental sin resolver: la existencia de altos índices de morbilidad y mortalidad de los pueblos indígenas de América Latina, y en particular de los quechuas y aymaras que se encuentran en el departamento de Potosí. Para ninguno de los aquí presentes es un secreto que se trata de una de las regiones más pobres de América Latina, y también que es uno de los lugares con mayor concentración y porcentaje de población indígena u originaria en el país y en el continente.

Podemos estar de acuerdo en que a pesar del mejor de los esfuerzos, los recursos humanos materiales y simbólicos de la medicina indígena han sido insuficientes para enfrentar el creciente problema de salud de los pueblos originarios de Potosí. Una estrategia probada ha sido la introducción y expansión de la biomedicina o medicina académica. Es la moderna invasión (como programas de extensión de cobertura) de las regiones rurales de América Latina.

Esto ya se hizo en México en los años cuarenta y cincuenta del siglo pasado. A los médicos se los educó en una escuela especialmente creada para prepararlos técnica y culturalmente. Al mismo tiempo que aprendían de Anatomía, Fisiología, Farmacología, Clínica, etc., también eran adiestrados en aspectos de Salud Pública y Antropología Médica. Su trabajo en las áreas rurales e indígenas formaba parte de una política estatal específica de incorporar y asimilar a los indios a la vida moderna y occidental. Había que "civilizarlos"; el objetivo era mexicanizarlos, y que perdieran su identidad étnica.

Al cabo de 50 años de actividades médicas rurales, ahora podemos decir que los resultados fueron ambiguos en cuanto a la aculturación de la gente, y un fracaso en cuanto a la escuela, que después sería

igual (de urbana) que la centenaria Escuela de Medicina de la UNAM (Universidad Nacional Autónoma de México), que había implantado en 1946 la figura del pasante de servicio social como un estudiante del último grado, ejerciendo en forma obligatoria durante un año en regiones rurales del país, figura que aquí en Bolivia se conoce como médico de provincia.

¿Se trata ahora de replicar la fallida experiencia mexicana? No. El problema sigue siendo el mismo: una incidencia elevada y generalizada de enfermedades y muertes en pueblos indígenas, una insuficiencia de la medicina de los pueblos originarios y una escasa cobertura de la medicina académica. El conjunto de problemas es exactamente igual que hace medio siglo. La diferencia estriba en la aplicación de una capacitación intercultural dentro de una política no englobante, no asimilacionista ni tampoco integradora. Ya no se trata de civilizar al indígena. Hoy reconocemos que tiene su propia cultura. Hoy reconocemos y respetamos -al menos en el papel y los discursos- la diversidad pluriétnica de nuestros países.

Es un camino difícil, sembrado de piedras y obstáculos. En México, el 28 de marzo de 2001, una mujer pobre, encapuchada e indígena, por primera vez en casi 300 años de vida republicana, habló en el máximo recinto legislativo del país.

En efecto, el problema de la salud indígena sigue siendo el mismo, pero la forma de encararlo es diferente: sí con tecnología biomédica, sí con una capacitación intercultural apropiada, sí con una política de participación no pasiva de los pueblos indígenas y sí también con la promoción y fortalecimiento de las medicinas originarias.

El siglo XX fue el siglo de las autonomías universitarias (en México la UNAM desde 1929), el siglo de la autonomía de las mujeres, el siglo de la autonomía y los derechos de los afroamericanos en los Estados Unidos de Norteamérica, y de la mayoría negra en Sudáfrica. Del mismo modo, la emergencia de los movimientos indígenas de América Latina, en defensa de su autonomía y autodeterminación den-

tro de los límites nacionales, es y será en este siglo XXI el proceso social y político más relevante del continente americano.

Hace unas semanas, la propia CIA (Agencia Central de Inteligencia de los EE UU) declaraba de forma enfática que en las próximas décadas se intensificarán en toda América Latina los movimientos reivindicatorios de los derechos civiles y culturales de los pueblos originarios. "Cuando el río suena..."

No obstante, debemos recordar que el inicio del movimiento de autonomía político-administrativa de los pueblos amerindios se remonta a las luchas del pueblo kuna de Panamá en 1927, y que los procesos de corporativización y resistencia de los pueblos indígenas del Ecuador -a través de la CONAIE (Confederación Nacional Indígena del Ecuador)- son muy intensos y de un enorme peso político.

¿Para qué estamos aquí?

En primer lugar, para establecer una capacitación intercultural diferente a la del pasado. No hemos venido a trabajar para los pueblos indígenas, sino con ellos, en un acompañamiento solidario. En el *Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo* se dice, y cito textualmente:

Los servicios de salud deben organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos (indígenas) interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

En segundo lugar, para crear en forma colectiva y consensuada un modelo de atención médico-sanitaria intercultural, como un *modelo inclusivo*, donde centros, postas de salud y hospitales trabajen de manera coordinada, y que estén certificados o acreditados en calidad no sólo desde el punto de vista técnico, sino también desde la perspectiva de

la atención y la pertinencia socio-cultural. Entonces la atención médica será medida dentro de parámetros de calidad tecnológica biomédica y de elevada competencia en el terreno intercultural.

Parafraseando al gran poeta español León Felipe: "Lo importante no es llegar pronto, sino todos y a tiempo".

¿Cuál será el tema central del postgrado en Salud Intercultural Willaqkuna?

Es y será la *interculturalidad apropiada en salud*. El ejercicio de la medicina, de la enfermería, del trabajo social, la nutrición o la arquitectura y el derecho, en espacios interculturales apropiados.

¿Y qué es la interculturalidad? Es un concepto acuñado por la antropología para denotar las relaciones sociales y políticas que se establecen entre dos o más culturas en un mismo territorio. La cultura, entendida como un conjunto de obras materiales e ideológicas producidas por el ser humano, es lo que pensamos, decimos y hacemos los seres humanos. Es lo que transmitimos y legamos a las siguientes generaciones. Es lo que cada pueblo construye. Es su riqueza material tangible (vivienda, indumentaria, herbolaria medicinal, etc.), pero también un conjunto de bienes intangibles (como la lengua, la memoria colectiva, la música, etc.).

El intercambio de esos particulares productos humanos (tangibles e intangibles) es lo que constituye el eje de la interculturalidad. En tal sentido, lo intercultural es un proceso relacional de intercambios (iguales o desiguales, equitativos o no equitativos) entre hombres y mujeres de diferentes culturas.

En este postgrado estamos representados:

- hombres y mujeres con una raíz cultural indígena (quechuas y aymaras),
- hombres y mujeres producto de la mezcla cultural americana (mestizos, ladinos, cholos),
- hombres y mujeres con una raíz cultural europea (italianos, belgas y otros).

Sin duda, este es un espacio privilegiado de diversidad cultural, de multiculturalidad o pluriculturalidad; es un espacio de intercambio de ideas y de saberes. Este ya es un espacio de interculturalidad que se propone sea respetuoso.

Por supuesto que cuando nos invadieron y conquistaron los españoles existió una pluriculturalidad violenta, invasiva, humillante. Ahora soñamos con, y luchamos por, una interculturalidad apropiada, democrática, pacífica y justa; esto significa la existencia de tolerancia, respeto, paciencia y flexibilidad hacia las características y manifestaciones culturales del otro, del que es diferente a mí o a nosotros. Es el reconocimiento de la alteridad.

La interculturalidad es tan vieja y tan nueva como la humanidad misma. Permítanme un ejemplo local: los médicos kallawayas.

Los kallawayas son médicos indígenas nacidos en ciertas comunidades de Charazani (Curva, Chajaya, entre otras). Poseen una sabiduría y un conocimiento ancestral sobre la salud y la enfermedad, y sobre las propiedades curativas de hierbas medicinales de diversos pisos ecológicos de Bolivia. Su característica fundamental es su itinerancia por toda América del Sur. Son médicos hablantes del puquina, una variedad del quechua, e históricamente se han relacionado con hombres y mujeres de diversas culturas como los aymaras, los guaraníes, los mapuches, pero también con los

españoles, criollos, mestizos, cholos y otros. Viven en una interculturalidad plena.

Antes, en América Latina se buscaba incorporar al indio a la modernidad, a la civilización. Ahora que los pueblos indígenas defienden con dignidad sus derechos sociales y culturales, la interculturalidad ya no puede ser la misma de antes, caracterizada por la subordinación y la asimetría. Hoy la interculturalidad en el campo de la educación o de la salud no significará integrar, ni asimilar, ni mexicanizar ni bolivianizar a los indígenas, puesto que legal y constitucionalmente ya son mexicanos, ya son bolivianos, pero quieren seguir siendo lo que son: pueblos originarios, con usos y costumbres diferentes al resto de la población. La interculturalidad apropiada o adecuada significa dialogar, trabajar y construir conjuntamente los espacios de intercambio con solidaridad y respeto a las formas culturales propias.

Cuando establecemos estrategias para mejorar la calidad sociocultural de la atención médica, queremos contribuir con un pequeño grano de arena a disminuir la desconfianza que históricamente hemos sembrado en el indígena. Pretendemos con humildad y esfuerzo, contribuir a saldar una deuda histórica que tenemos con nuestros pueblos originarios.

Deseo con vehemencia que este Curso de Salud Intercultural sea de provecho para ustedes, y sobre todo, para los pueblos originarios del departamento de Potosí.

MÓDULO
SALUD INTERCULTURAL
EN AMÉRICA LATINA

SALUD INTERCULTURAL EN AMÉRICA LATINA:

EXPERIENCIAS DEL PASADO Y CONTEMPORÁNEAS

Roberto Campos Navarro

Experiencias interculturales latinoamericanas en el pasado

La llegada de los europeos a América a partir del siglo XVI tuvo repercusiones en aspectos muy relevantes pero también muy cotidianos de la población. El Viejo Mundo llegaba a un espacio desconocido hasta entonces, reconoció los extraordinarios recursos herbolarios y humanos de estas nuevas tierras pero gradualmente fue imponiendo sus estructuras coloniales metropolitanas, incluidas las relacionadas con la atención de la salud y la enfermedad.

La importación del modelo médico europeo a la América se dio de manera paralela al avance en el conocimiento y dominio del nuevo continente. La medicina académica se introdujo desde el mismo siglo XVI y el XVII en las recién creadas universidades americanas (la de San Marcos en Lima, 1551; la Real y Pontificia Universidad de México, 1551; la Real y Pontificia Universidad de San Francisco Xavier fundada en Charcas, en 1624), y empezó a desempeñar papeles muy importantes en la salud pública. Uno de ellos estaba relacionado con el control social del territorio, de la población y de la vida

urbana. En esto los misioneros católicos tuvieron una importancia fundamental a través de una doble función: el control de la salud pública y el control de la vida urbana en todas sus dimensiones políticas e ideológicas (evangelización, organización del espacio urbano, homogenización, integración del indio, etc.), contribuyendo decisivamente al establecimiento de las pautas culturales de las sociedades conquistadas y colonizadas.

Recientes investigaciones históricas de los modelos práctico-ideológicos de la medicina han puesto de manifiesto la importancia de los centros de atención médica en la época de la Colonia desde una perspectiva intercultural, hasta el punto de que algunos de estos hospitales coloniales -como el hospital de Jesús en la ciudad de México o el hospital de Santa Bárbara en Sucre, Bolivia- han sobrevivido hasta nuestros días (Gascón 2006 y Calvo 1992). Si hubiese que buscar una diferencia entre el sistema hospitalario actual y el del antiguo régimen, es decir, el de la época colonial, lo más destacado sería quizá el peso que tenía la Iglesia en el mundo de la salud. En los siglos XV y XVI se dio en Europa una fiebre de fundación de hospitales, que eran instituciones de

carácter doble. Por un lado, algunas de ellas se dedicaban a atender a los enfermos, pero otras funcionaban más como albergues y lugares de refugio para los sectores sociales más desfavorecidos. Tampoco era raro que las instituciones tuviesen carácter mixto, es decir, que se dedicasen tanto a la cura de enfermos como a obras sociales con mendigos, niños expósitos, etc. El mejor ejemplo de ello será el conjunto de albergues, hospedajes y hospitales de orientación cristiana construidos a todo lo largo y ancho del camino a Santiago en España (Cruz y Campo 2008), que culminó con la edificación del Hospital Real de Santiago de Compostela en 1499, ordenada por los Reyes Católicos Fernando e Isabel.

Por tanto, los hospitales cumplían entonces también una doble función: una de índole médico-curativa y otra de carácter ideológico, político y religioso. El personal sanitario estaba compuesto por médicos (egresados generalmente de alguna universidad española como Salamanca o Alcalá de Henares), así como gente de otros oficios como cirujanos, barberos, sangradores o maestros de quebraduras. Se han documentado algunos casos de curanderos locales empleados en hospitales, así como la participación de algunos eclesiásticos en el sistema, siempre y cuando estos terapeutas estuvieran bautizados bajo la denominación católica. En los hospitales de Potosí, por ejemplo, había clérigos que además eran cirujanos, de modo que a su orientación religiosa y evangelizadora unían la función de sanadores; téngase en cuenta que algunos de ellos pasaron por la universidad.

La formación y el ejercicio de la medicina se fueron reglamentando a través de ordenanzas. No hay que olvidar que los hospitales en la época colonial eran por lo general instituciones religiosas, lo que explica el perfil que tenían no sólo los sacerdotes sino también los profesionales de la salud: se trataba de instituciones y personas que curaban no únicamente cuerpos, sino sobre todo almas. Por otro lado,

en los hospitales había una estricta segregación de castas y de sexos. Los trabajadores, además, debían estar bien preparados, tanto desde el punto de vista técnico-teórico como desde el de la experiencia. Los religiosos que atendían a la población originaria debían conocer el país, especialmente la naturaleza de los indios, y usarla como criterio antropológico. Con este planteamiento, no se puede hablar de interculturalidad en el sentido que se le confiere hoy, pero no cabe duda de que **el interés** por la salud de los indios, inducida más por la necesidad económica e ideológica que por humanitarismo, se concretó en modelos de atención "mixtos".

Un ejemplo muy completo de ello fue el Hospital Real de San José de los Naturales en la ciudad de México, un centro asistencial fundado por religiosos franciscanos, con el apoyo financiero de la Corona española, y que atendía exclusivamente a los indios¹. Este centro hospitalario fundado a mediados del siglo XVI, era uno de los más avanzados del país, como indica el hecho de que el protomédico Francisco Hernández, enviado por el rey Felipe II, tuviese allí una oficina e incluso ejerciera en forma clínica y realizara autopsias. En tal sentido, era un centro de docencia e investigación de primera línea. Otro de sus aspectos más relevantes desde el punto de vista de la orientación intercultural es que supo integrar de manera armónica elementos europeos con recursos locales. Permitía la intervención de médicos y parteras indígenas y el uso de plantas medicinales. La alimentación incluía la comida regional basada en el maíz (tortillas, tamales, atoles); contaba con temascales (baños de vapor indígenas), enviaba a sus pacientes a baños termales ubicados en la periferia de la ciudad, y su personal debía entender, comprender y manejar los usos y costumbres de los pueblos **originarios**. Así, sus ordenanzas del siglo XVII exigían a los sacerdotes hablar las principales lenguas indígenas de la región (nahua y

¹ El hospital de Jesús fundado por el conquistador Hernán Cortés atendía a los españoles y a la nobleza indígena, en tanto que el regio hospital franciscano de San José de los Naturales se dedicaría solamente a indígenas *macehuales*, es decir a los más pobres e indigentes, por lo general campesinos.

ñañú), y a la vez establecía que los médicos debían ser competentes y calificados:

... se ha de procurar que sean siempre de los más hábiles, y de mayor aceptación en ella, activos, y de largas experiencias, conocimiento del país, consiguiendo de las naturalezas y complexiones de los Indios, su modo de vivir, alimentos, y bebidas de que usan, enfermedades que por lo regular le son propias a sus naturalezas, y complexiones nativas; pues todo esto puede conducir al acierto en la curación de sus dolencias, especialmente las epidemias a que son propensos... (Campos Navarro y Ruiz-Llanos 2001).

El hospital funcionó durante casi trescientos años hasta el siglo XIX. En 1821, cuando México se convirtió en república, los pacientes fueron concentrados en el hospital de San Andrés, habida cuenta de que no podía funcionar una institución exclusiva para indios en un marco jurídico de pretendida igualdad entre todos los ciudadanos.

Como podemos observar, las actividades de las órdenes religiosas (franciscanos, agustinos, dominicos y, más adelante, los jesuitas) en América Latina fueron extraordinarias. Su trabajo se llevó a cabo en regiones invadidas y conquistadas, azotadas por epidemias terribles, en medio de convulsiones sociales, agresiones y violencias extremas. Pero supieron superar esas condiciones tan difíciles y lograron propagar la fe y el ideario católicos, no siempre con violencia y extorsión. Aún hoy se les recuerda en algunos lugares, como Michoacán (México), por su humanismo y actitud abierta frente a los indios. Los frailes fueron en muchos casos quienes más se comprometieron con la salud de la población indígena, e impulsaron la creación de hospitales y hospitalitos en los que la iniciativa de los pueblos originarios tenía una presencia destacada.

En este marco, la medicina colonial mexicana está ligada a la extraordinaria figura de don Vasco de Quiroga, llegado a México como miembro de la Real Audiencia, un órgano político y jurídico. Poco tiempo después de su llegada decidió comprar terrenos cerca de la ciudad y creó el hospital-pueblo

de Santa Fe, una suerte de comunidad en la que los indios desarrollaron un modo de vida peculiar. Los indios trabajaban comunalmente en el campo y mantenían construcciones colectivas como la capilla, la escuela y otros edificios, entre los que destacaba un pequeño hospital de carácter mixto en el que se recibían enfermos y además se daba hospedaje a la gente que viajaba al occidente del país.

Podemos encontrar muchos de estos elementos en los primeros hospitales que se fueron desarrollando en la zona de la Audiencia de Charcas, con la participación destacada de misioneros. Sin embargo, en Potosí se daban ciertas circunstancias especiales: el fenómeno de la mita y de la minería y, por otra parte, la concentración y el hacinamiento de la población. En esa época Potosí era una de las ciudades más populosas del mundo, por lo que la salud pública se convirtió en una cuestión fundamental, más allá de las exigencias propias del sistema social y económico. El funcionamiento del sistema recaía en los súbditos españoles, que pagaban un impuesto para financiar los hospitales, incluyendo los de los criollos y los de los indios. Los médicos y los misioneros religiosos de la Colonia se encontraron en una situación en la cual probablemente la medicina nativa de esa época estaba más adelantada que la occidental, que entonces tenía recursos terapéuticos limitados. Como registran los cronistas, los españoles fueron conociendo poco a poco a los pueblos indígenas, y en esa misma medida, los sacerdotes y médicos coloniales se fueron apropiando de elementos de la medicina indígena. Hoy es posible identificar cuáles eran esas prácticas a través de su reflejo en la documentación histórica conservada en los archivos. Hubo una descripción exhaustiva de todo el componente mágico y curanderil de las prácticas de los médicos originarios, pero no se la hizo con ánimo académico, sino como base de la represión sistemática desatada contra los rituales de la medicina andina y de su sustrato ideológico. En Europa se estaba imponiendo simultáneamente un determinado modelo social, económico e ideológico, e igualmen-

te se apuntaba a la eliminación de toda desviación de la ortodoxia a través de un apabullante aparato represor llamado Sagrado Tribunal de la Romana y Universal Inquisición. De ese modo, se dio un doble proceso. Por un lado se proscribió el conocimiento empírico de los indígenas acerca de las propiedades terapéuticas de las plantas medicinales, y por el otro, se procedió a reprimir el aspecto religioso, ideológico y ritual del modelo que fundamentaba la práctica de los médicos indígenas. Es decir, que culturalmente se atacó no sólo a la medicina local, sino a todo lo que le daba sentido y contribuía a explicarla. Por ejemplo, en las ordenanzas del quinto virrey del Perú, Francisco de Toledo, se ordenó quemar todos los instrumentos musicales indígenas con el pretexto de que estaban estrechamente ligados a los rituales mágico-religiosos.

Con el tiempo, los médicos originarios se fueron integrando en la Iglesia católica, en algunos casos, convirtiéndose en sacristanes de los templos. Esa condición los transformaba en individuos sometidos al poder eclesiástico, pero precisamente eso los ponía a salvo de la intervención de las autoridades civiles, de manera que podían seguir realizando sus prácticas curativas.

Otra de las estrategias de los curanderos fue, por ejemplo, cambiar la denominación de las plantas medicinales en lengua vernácula por nombres de santos o relacionados con Cristo o la Virgen; por ejemplo, la hierba de la Santa María o la hierba de San Juan, que tenían usos empíricos pero también religiosos. Aunque la estratagema no pasó inadvertida para algunos sacerdotes que habían aprendido las lenguas indígenas, lo cierto es que este tipo de artimañas protegió la actividad de los médicos indígenas.

Asimismo, podemos mencionar diversos mecanismos de resistencia por parte de los curanderos. Uno de ellos fue propalar en la zona andina la creencia de que las enfermedades relacionadas con los *kharisirís* o *sacamantecas* eran causadas por los

católicos. Se trata de una forma de desacreditar a los clérigos (y ahora a los médicos académicos y al personal sanitario), a los que se acusaba de robar la grasa y los fluidos vitales como la sangre.

Experiencias interculturales latinoamericanas en la actualidad

En el siglo XIX, América Latina vivió luchas de independencia y conflictos ideológicos entre republicanos conservadores y liberales, que no modificaron sustancialmente la situación de los colectivos indígenas. El cambio se produce hacia el segundo decenio del siglo XX, cuando la Revolución Mexicana intenta dar mayor presencia social a los indios, que forman parte de la clase de los desfavorecidos, principales protagonistas del proceso en las huestes norteñas de Francisco Villa, y especialmente, de las sureñas dirigidas por Emiliano Zapata.

La Revolución Mexicana se hizo -supuestamente- en beneficio de la gente más pobre. El inicio de la reforma agraria y la alfabetización rural coincide con el surgimiento de Manuel Gamio al frente de la antropología mexicana de corte integracionista, quien ya en 1915 propondría:

.. la creación de un instituto de acción práctica inmediata en cada una de las naciones indo-latinas, que se encargara de estudiar a las poblaciones aborígenes en todas sus manifestaciones sociales, en el presente y en el pasado, con el exclusivo objeto de impulsar su desarrollo e incorporarlas a la civilización contemporánea (Comas 1976: 21).

Pero habría que esperar hasta 1938 para la creación del Instituto Indigenista Interamericano (III) y para el lanzamiento del Primer Congreso Indigenista en La Paz, Bolivia, y que por problemas diversos, finalmente se realizaría en Pátzcuaro, México en abril de 1940.

El liderazgo mexicano se explica por la sólida política indigenista e integracionista emprendida

² Para una profundización de esta creencia todavía vigente véase los trabajos de Castellón (1997) y Fernández-Juárez (2008).

por el presidente Lázaro Cárdenas (1934-1940), que permite la entrada del Instituto Lingüístico de Verano (ILV). Esta entidad estadounidense dependiente de la Universidad de Oklahoma, inicia en 1935 actividades aparentemente dirigidas a estudiar las lenguas de los pueblos originarios, con la elaboración de gramáticas y vocabularios indígenas, pero

...en todo momento estaba unida a una acción educativa, higiénica, sanitaria, de mejoramiento de prácticas agrícolas, etc.; es decir de una verdadera campaña de aculturación y de integración nacional (Comas 1976: 34).

De este modo, la costosa infraestructura que se montó en México y otros países latinoamericanos tenía como finalidad última la traducción de la Biblia y la introducción de las normas y valores occidentales válidos en Estados Unidos, incluida la biomedicina. Consiguientemente, las medicinas indígenas tradicionales, con su rica y variada cosmovisión, eran prácticamente consideradas como productos demoníacos, por lo que era necesario sustituirlas por el "modelo médico occidental" (Durand 1989: 172).

Otra experiencia cardenista relevante fue la creación en 1938 del Instituto Politécnico Nacional, como alternativa a la -en ese momento elitista- Universidad Nacional Autónoma de México, además del diseño e implementación de una carrera de medicina donde la formación biomédica se complementara con una sólida formación sociocultural. En otras palabras, se establecerían las materias habituales de Medicina como Anatomía, Fisiología, Histología, Farmacología; además de asignaturas específicas relacionadas con las ciencias sociales: Sociología y Antropología Social.

Por primera vez, esta denominada "Escuela Superior de Medicina Rural" contaba con los servicios de la antropología médica como una disciplina fundamental en el desarrollo del estudiante de medicina. Los profesores fueron -sin sombra de duda- hombres comprometidos con el indio y sus problemas: Miguel Othón de Mendizábal, Julio de la Fuente, Alfredo Barrera y Gonzalo Aguirre Beltrán.

Ellos se daban cuenta de que el problema central era el lamentable estado de salud de la población indígena, que era preciso reconocer las limitaciones de los recursos curativos locales, que se debía incorporar la medicina científica y que la formación de los médicos debía tener una perspectiva antropológica. Por circunstancias diversas, el proyecto no prosperó, y años más tarde se eliminaría su orientación rural para convertirse en una escuela médica convencional.

Retornando al Congreso Indigenista celebrado en Pátzcuaro en 1940, éste marcaría un hito en la historia del indigenismo latinoamericano, es decir, en las políticas públicas dirigidas a los pueblos originarios, aunque todavía sin la participación de los interesados. Se darían los primeros pasos para la construcción de las estrategias indigenistas en toda América Latina, con la creación de organismos e instituciones afines en Perú, Guatemala y México.

En México, fue Gonzalo Aguirre Beltrán, un destacado discípulo de Manuel Gamio, quien establecería desde la fundación del Instituto Nacional Indigenista (INI) en 1948, la aproximación de la medicina académica al mundo indígena. Los Centros Coordinadores del INI en Chiapas, Oaxaca, Puebla, Veracruz y otros estados, brindarían servicios médicos y sanitarios en regiones indígenas e iniciarían una primera ola de la interculturalidad en salud, fundamentada teóricamente con una publicación ya clásica de la antropología médica: *Los programas de salud en la situación intercultural* (Aguirre 1955).

Aparte de estas actividades particulares del INI en las regiones indígenas, el Ministerio o Secretaría de Salud no establecía ningún programa intercultural específico en zonas campesinas de México. A finales de la década de 1960, con los ingresos de la exportación del petróleo, se crea un importante programa médico sanitario dirigido al área rural, bajo responsabilidad del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Dicho programa establece contacto con las parteras, y desde 1982-1983 con-

solida un exitoso programa de interrelación con la medicina tradicional mexicana, con cuantificación más o menos precisa de los recursos humanos y herbolarios en todos aquellos lugares donde estuvieran presentes las Unidades Médicas Rurales y Hospitales de Campo³.

Sin embargo, todas estas iniciativas han sido cuestionadas y criticadas, sobre todo por quienes han entendido que se trata de políticas estatales en las que no existía participación de los propios pueblos indígenas. Así, se consolida una corriente de antropólogos que propugna el diálogo con el mundo indígena, iniciándose una renovación que se expresó en el llamado *Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)*. Se trata de un documento del año 1989, relacionado con el mundo indígena (identidad, lengua, educación, territorio). En el artículo primero establece su filosofía:

Los pueblos considerados indígenas deben conservar todas sus instituciones propias: culturales, económicas, sociales y políticas, o al menos una parte de ellas (OIT 1989).

En cuanto al tema de la salud y seguridad social, el artículo 24 dispone claramente que:

Los regímenes de seguridad social deberán extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplicárseles sin discriminación alguna (*ibid.*).

Todo esto significa que deben eliminarse los prejuicios, el paternalismo y el verticalismo que presidieron las políticas indigenistas latinoamericanas de las décadas pasadas. En efecto, la gestión administrativa, los presupuestos y las prestaciones que hasta ahora ofrecen la mayoría de los ministerios de salud a los pueblos originarios son desiguales e inequitativos, lo que supone dar tratamientos diferenciados a la población en función de su procedencia u origen, y es el reflejo de la tradicional y profunda discriminación de los indígenas en América Latina. Por otro lado, los pueblos originarios no participan en

el diseño de las políticas de salud, situación que es preciso corregir a través de un cambio estructural en la mentalidad colectiva e institucional.

No se puede soslayar la magnitud del problema y la situación que se está planteando a partir de la secular falta de respuestas. Bolivia, Ecuador, México o Brasil son países donde en los últimos años los movimientos indígenas y las organizaciones no gubernamentales (ONG) han tomado consciencia del problema y han comenzado a buscar soluciones, habida cuenta del fracaso de los proyectos emprendidos hasta la fecha. Una primera vía de solución es la adhesión de dichos Estados al Convenio 169, que al ser elevado al rango constitucional, es de cumplimiento obligado para los poderes públicos, es decir, no es una mera recomendación legal vacía de contenido. De ese modo, firmado y ratificado el Convenio 169, será preciso comenzar a aplicarlo, y ello supondrá cambios en la situación.

El artículo 25, inciso 1, del Convenio 169 explicita la participación directa de los pueblos originarios en las políticas sanitarias:

1. Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.

Construir un servicio de salud adecuado es una labor compleja y requiere de la colaboración de profesionales altamente cualificados en sus áreas respectivas: salud, economía, antropología, etc. En todo caso, debe prevalecer siempre la idea de interculturalidad hasta en aspectos considerados poco importantes. Un ejemplo son los letreros de los hospitales, a primera vista sin trascendencia pero relevantes en el nivel simbólico. Es decir que ha de adecuarse la arquitectura, servicios, atención, personal administrativo, etc.,

³ En cada sitio se hace un censo de los médicos indígenas, sus especialidades, las causas de demanda por las cuales son llamados, y las principales plantas medicinales en la región. Programa de Medicina Tradicional IMSS-Solidaridad. (Lozoya, Velázquez y Flores 1988).

de modo que puedan ser asumidos e interiorizados por toda la población. Por eso, interculturalidad significa negociación y búsqueda de consensos.

Un ejemplo de cambio institucional asertivo fue la adopción desde 1993 en el sur chileno (y después en todo el país) de una nueva figura hospitalaria que sirviera de mediador **entre el** paciente y los profesionales médicos. Nos referimos **a los** llamados "facilitadores interculturales", una categoría inédita en la estructura de los servicios hospitalarios de América Latina. Se trata de funcionarios que hablan el idioma originario local, que conocen la medicina académica, que orientan y conducen a los pacientes mapuches (e indígenas en general) por los intrincados laberintos físicos y administrativos de los hospitales modernos⁴.

Otro ejemplo que podemos citar es la introducción planificada de hamacas en un hospital del sureste mexicano que supuso la participación de los pacientes como posibles beneficiarios (usuarios habituales de hamacas), así como del personal hospitalario (interesados en el bienestar y la comodidad de los pacientes) y los funcionarios (también interesados en una buena gestión institucional). Su éxito desde 1996 hasta la actualidad ha significado una conjunción positiva de intereses en la que convergen la pertinencia cultural del cambio y el consenso de la comunidad⁵.

En el inciso 2 del artículo 25 del Convenio 169 de la OIT se establece que

2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, **así como sus métodos** de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

El concepto de "condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales" plantea un problema importante porque la población indígena no prioriza sus necesidades del mismo modo que otros grupos. Así, la salud puede resultar menos relevante que la conducción de aguas o la dotación de electricidad. Por otro lado, los cambios casi siempre responden a los criterios, valores y normas de un grupo no indígena que cree conocer las necesidades de la población indígena. De manera paulatina, serán los propios pueblos originarios quienes asumirán la dirección de sus proyectos en campos antes impensables. Por ejemplo, en Chile, las asociaciones indígenas mapuches se han hecho cargo de la dirección y la administración de los servicios del hospital de Makewe en la cercanía de la ciudad de Temuco, o del Centro de Medicina Mapuche, ubicado dentro del Complejo de Salud Intercultural en Nueva Imperial. Tendrán sus yerrores y sus aciertos, pero sin duda, han iniciado un proceso político y administrativo único en América Latina.

Por otra parte, es preciso tener en cuenta "los métodos de prevención, las prácticas curativas y los medicamentos tradicionales", lo que básicamente supone el reconocimiento tácito de la medicina originaria, con una valoración similar a la que se asigna a la académica. El respeto y la tolerancia se constituyen entonces en las principales herramientas de los trabajadores en salud, porque no sólo se requiere aceptar el uso de terapias indígenas, sino también convencerse de su valores y la legitimidad intrínseca de sus saberes y prácticas, y ello supone una labor reflexiva, gradual y progresiva que conduzca a una ruptura epistemológica del paradigma médico occidental, es decir, del modelo médico hegemónico.

⁴ El Servicio de Salud de la Araucanía inicia a finales de 1992 y durante 1993 el proyecto piloto de las oficinas de facilitación intercultural *Amuldungün* en el hospital de Galvarino y en el hospital regional de Temuco, extendiéndose después a otros territorios originarios (Citarella 1995). Sus avances, limitaciones y conflictos son expuestos por Ancavil, 1996.

⁵ En una visita hace 4 años, la gente de la calle en Hecelchakán, Campeche, se mostraba orgullosa de que su hospital fuera el único en la península de Yucatán con esa adaptación (Campos Navarro *et al.* 1997).

En este cambio ideológico es relevante la formación de los médicos, sobre todo en el caso de las nuevas generaciones de profesionales que egresan de escuelas y facultades de medicina. Hasta ahora la formación paradigmática es absolutamente biomédica, con exclusión de los contenidos socio-antropológicos. Las universidades latinoamericanas no han logrado superar esta barrera técnica e ideológica, y son escasas las experiencias de aproximación intercultural. Una de ellas sería la UNAM, cuya Facultad de Medicina logró desde 1985 la incorporación de la Antropología como una asignatura obligatoria (Campos Navarro 1999), y que para este año 2009 esté planteada en el nuevo plan de estudios la "Antropología médica e interculturalidad" como materia obligatoria en el tercer año de la carrera. Estas experiencias docentes permitieron que nuestra Facultad pudiera brindar cursos de capacitación al personal de salud de los ministerios de salud de México, Panamá y posteriormente los conocidos post grados en Bolivia y Perú'.

Por otra parte, el reconocimiento jurídico de la medicina tradicional latinoamericana es un paso más para su legalización constitucional y su posterior reglamentación y normativización ministerial. En el caso boliviano, conocido en el mundo andino como el Collasuyo, ello resulta relativamente fácil, pues los rituales y el uso de las plantas medicinales son una realidad cotidiana para la población ay-

mara, quechua y para los habitantes originarios del oriente del país. La Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, recientemente promulgada en febrero de 2009, da certidumbre al proceso legal aunque faltan reglamentos y normas específicas que protejan más los recursos humanos y materiales de las medicinas originarias.

En el inciso 3 del artículo 25 del Convenio 169 de la OIT se hace referencia a la participación de los trabajadores de salud que pertenezcan a la propia comunidad:

3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.

Así, el sistema de asistencia debe centrarse en espacios sanitarios de atención primaria, donde se privilegiará la participación de promotores y mediadores en salud pertenecientes a la propia comunidad, e incluso se pensará en la formación de médicos y enfermeras indígenas que retornen a sus regiones de origen.

Finalmente, en el cuarto y último inciso del artículo 25 del Convenio 169 de la OIT se indica que la salud no es independiente de otras variables colectivas:

4. La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país.

⁶ Esta posible incorporación de la antropología médica y de la interculturalidad en salud en la malla curricular significará un paso más en el reconocimiento de las competencias deseables que requieren los futuros profesionales en la comunicación intercultural necesaria para no sólo relacionarse con pacientes de origen indígena sino también con aquellos enfermos de las clases populares que residen en las áreas urbanas.

⁷ Durante 2003 se brindaron en México cursos a los funcionarios de la Secretaría de Salud de rango medio que trabajan con pueblos indígenas. En Panamá se desarrollaron en las islas kuna de Ailigandí y Ukupseni, que tienen establecimientos de salud gubernamentales. También se realizaron en Potosí, en conjunción con la Universidad Autónoma Tomás Frías y la Cooperación Italiana; finalmente en Perú, en la ciudad de Ayacucho, con AMARES y la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga (Campos Navarro 2004: 129-151).

⁸ La Constitución Política del Estado (2009) establece el carácter plural, diverso e intercultural de la nación (Bolivia), reconoce oficialmente **todas las lenguas originarias a la par que el castellano**, y en el terreno sanitario establece que el sistema único de salud será **"universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social"** (artículo 18, II) e incluye la medicina tradicional (artículo 35, II); que es derecho de los pueblos indígenas que **"sus saberes y conocimientos tradicionales, su medicina tradicional, sus idiomas, sus rituales y sus símbolos y vestimentas sean valorados, respetados y promocionados"** (artículo 30, II); y que será el propio Estado el responsable de **"promover y garantizar el respeto, uso, investigación y práctica de la medicina tradicional, rescatando los conocimientos, prácticas ancestrales desde el pensamiento y valores de todas las naciones y pueblos indígena originario campesinos"**, añadiendo la protección intelectual de dichos saberes y recursos naturales (artículo 42). En el terreno de la diversidad cultural se establece el concepto de interculturalidad como el instrumento para la cohesión y la convivencia armónica y equilibrada entre todos los pueblos y naciones" con "respeto a las diferencias y en igualdad de condiciones (artículo 99), y se establece que las mujeres tendrán el derecho a la atención del embarazo, parto y puerperio de acuerdo a una visión y práctica intercultural, es decir, tomando en consideración sus preferencias socio-culturales.

Las experiencias interculturales de Potosí y sus repercusiones en América Latina

Con la labor de aplicación desarrollada a partir de la Oficina Intercultural Willagkuna, y la actividad docente realizada sobre la base de los dos diplomados de postgrado (77 egresados), así como del Seminario Internacional de Salud Intercultural en 2002, surgirían varios procesos de proyección nacional e internacional:

En el ámbito boliviano tenemos la implementación y el desarrollo de cursos de postgrado impulsados por el Ministerio de Salud de Bolivia y los servicios departamentales de salud en La Paz, Cochabamba y Santa Cruz.

Además, podemos mencionar los cursos de especialización de médicos (SAFCI) y capacitación de auxiliares de enfermería dentro del llamado Modelo Sanitario Familiar, Comunitario e Intercultural que implementa el Ministerio de Salud y Deportes, algunos de cuyos docentes son egresados de los diplomados potosinos⁹.

Este modelo propone como política de salud pública la estrategia de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), en la que los equipos de salud y las organizaciones comunitarias desarrollan una "gestión compartida de la salud y la atención de la salud en el establecimiento, en el domicilio y en la comunidad", tomando como ejes la participación social, la integralidad, la intersectorialidad y la interculturalidad. Esta última es entendida en este marco como "el enfoque sociocultural del ejercicio de la práctica médica con personas culturalmente distintas". En tal sentido, la residencia médica de la SAFCI es un elemento fundamental para una atención médica diferente en los puestos de salud ubicados a lo largo y ancho del territorio boliviano.

En el ámbito sudamericano fueron dos las repercusiones de las actividades realizadas en Potosí: primero, un proyecto en el sur-centro del Perú, que más tarde daría origen a la Comisión Andina de Salud Intercultural, y en segundo lugar, la creación, consolidación y expansión de la Dirección General de Salud Indígena en Venezuela.

La doctora Cáliz Vila, inspirada en los buenos resultados del proyecto Willagkuna y el primer diplomado de postgrado boliviano, propondría un proyecto de modernización y reforma del sector salud en Perú, con la interculturalidad como eje transversal de la infraestructura sanitaria, la atención médica y la capacitación del personal de salud. Gracias al apoyo conjunto de la Comisión Europea (CE) y el Ministerio de Salud del Perú (MINSA), el proyecto denominado AMARES emprendería acciones concretas en los departamentos de Ayacucho, Huancaavelica y las provincias de Chincheros y Andahuaylas en el departamento de Apurímac. Todos ellos en el centro sur del país andino¹².

En total se realizaron en Ayacucho dos diplomados con el apoyo académico de la Universidad San Cristóbal de Huamanga y la Universidad Nacional Autónoma de México. Como resultado, tenemos 60 alumnos egresados, con un 66% de participantes indígenas, la mayoría de los cuales son funcionarios del MINSA en establecimientos del primer nivel y algunos docentes de la propia universidad local.

En julio del 2005, al finalizar el primer diplomado, se efectuó un Seminario Internacional de Salud Intercultural, que dio lugar a la reunión preparatoria para la conformación de la Comisión Andina de Salud Intercultural que, con el auspicio del Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue, inició en Lima sus actividades oficiales en noviembre del mismo año.

Cabe mencionar que esta Comisión ya cuenta con el aval de los ministros de salud de los países

9 Hasta el momento **se han formado tres generaciones que se han ubicado en las regiones originarias e indígenas del país.**

10 Ministerio de Salud y Deportes, 2008: 1.

11 *Op. cit.*: 1.

12 Vila (comp.) 2006: 5.

de la subregión andina (Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela). Su objetivo principal es el mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas mediante el fortalecimiento de instancias de gobierno que aseguren la adecuación intercultural de los servicios, así como incorporar políticas públicas diferenciadas relacionadas con la salud intercultural. Al mismo tiempo, ha emprendido acciones tendientes a sistematizar las experiencias exitosas y fracasadas en el área, formar y capacitar al personal sanitario y finalmente desarrollar medidas de adecuación intercultural en los servicios públicos de salud de primero y segundo nivel".

Paralelamente a los diplomados, AMARES apoyó además cursos, talleres y encuentros que fueron realizados en distintas regiones de los departamentos peruanos de Ayacucho, Huancavelica y Apurímac, con una notable participación de trabajadores de salud (94) y médicos originarios (74), destacando parteras, hueseros y curanderos en general. E igualmente la entidad financió 32 proyectos de investigación-acción con enfoque intercultural para mejorar la atención de salud de hospitales y centros de salud en los departamentos ya mencionados.

La doctora Noly Coromoto Fernández, epidemióloga venezolana de origen wayuú, asistió también al Seminario de clausura del primer diplomado en Potosí en el 2002, y, en su calidad de funcionaria de salud, inició una meteórica trayectoria que permitió la creación de la primera dirección nacional de salud indígena en Venezuela, y, a partir de ese nivel, emprender una serie de actividades, entre las que destacan las adecuaciones interculturales en hospitales que prestan sus servicios a población originaria: apertura de 24 oficinas de salud indígena (incluidos hospitales de tercer nivel en Caracas y Maracaibo); cursos de formación y capacitación del personal de di-

chas oficinas; albergues o "Casas interculturales de hospedaje" para los familiares de los pacientes hospitalizados; formación e incorporación de agentes comunitarios de salud indígenas y la atención intercultural a mujeres indígenas en situación de embarazo, parto y puerperio¹⁴.

Quizá el avance más espectacular sea el inicio, crecimiento y consolidación de la Oficina de Salud Indígena del Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo (SAHUM), conformado por un equipo interdisciplinario de "antropólogos, trabajadores sociales, psicólogos y docentes universitarios, con el apoyo de una secretaria, un técnico en información y estadística, dos supervisores en trabajo social, un mensajero y un comunicador social"¹⁵. Lo interesante es que la Oficina comenzó su andadura con siete trabajadores y en la actualidad se ha ampliado a 34 miembros. Y no es para menos, en sus estadísticas que van de abril de 2005 a mayo de 2006, atendieron 17.686 casos, sobre todo en el servicio de adultos (5.825), obstetricia (5.476), pediatría (3.316) y orientación/referencia (3.069). La mayoría de los beneficiados corresponden a la etnia wayuú (16.301), y en menor medida a las etnias añú, barí, yukpa y japreria (1.038), e incluso no indígenas (347)¹⁶.

El espectacular ejemplo del Hospital Universitario de Maracaibo ha servido para que se abran las oficinas de facilitadores indígenas en otros hospitales del resto del país: Caracas, Ciudad Bolívar, Tucupita, entre otros.

Para octubre de 2009 se ha programado la apertura del primer hospital con enfoque intercultural en Paraguaipoa, donde se pretende introducir médicos académicos sensibilizados en la interculturalidad, facilitadores interculturales, chinchorros, alimentación regional, atención médica tradicional, hospedaje comunitario, etc.

¹³ *Op. cit.*: 12-17.

¹⁴ Dirección de Salud Indígena, 2007.

¹⁵ *Op. cit.*: s/p.

¹⁶ *ibid.*: s/p.

Este breve recorrido por las experiencias interculturales del pasado y del presente encarna la esperanza de revertir la atención discriminatoria a los pueblos originarios. Cada pequeño esfuerzo logrado

a escala personal e institucional en nuestra Abya Yala, mantendrá vivo el desafío de establecer adecuadas políticas públicas relacionadas con la salud intercultural.

Bibliografía

Aguirre, G.

1955 *Los programas de salud en la situación intercultural*. México, D. F.: Instituto Indigenista Interamericano.

Ancavil, Elsa

1996 "Experiencia desde los facilitadores interculturales " en *Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas*. Saavedra, Araucanía, Chile: Ministerio de Salud.

Calvo, Alfredo

1992 *El Hospital Real de Santa Bárbara en el periodo colonial*. La Paz: OPS-Bolivia.

Campos Navarro, Roberto

2004 "Experiencias sobre salud intercultural en América Latina. Perspectivas antropológicas". En: G. Fernández-Juárez (coord.). Quito: Abya Yala/Bolhispana/Universidad de Castilla La Mancha: 129-151.

1999 "La enseñanza de la medicina popular-tradicional en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México", *Kallawaya* (6): 7-18 oct. [La Plata-Salta, Argentina].

Campos Navarro, Roberto *et al.*

1997 "La satisfacción del enfermo hospitalizado: empleo de hamacas en un hospital rural del sureste de México", *Revista Médica del IMSS*, 35(4): 265-272.

Campos Navarro, Roberto y Adriana Ruiz-Llanos

2001 "Adecuaciones interculturales en los hospitales para indios en la Nueva España", *Gaceta Médica de México* 137(6): 595-608.

Castellón, Iván

1997 *Abril es tiempo de Kharisiris. Campesinos y médicos en comunidades andino-quechuas*. Cochabamba, Bolivia: ASONGS/PCI/MAP/PROSANA/SITUMSS.

Citarella, Luca. (comp.)

1995 *Medicinas y culturas en la Araucanía*. Santiago de Chile: Editorial Sudamericana.

Comas, Juan

1976 *La Antropología Social aplicada en México*. México, D. F.: Instituto Indigenista Interamericano.

Cruz, Juan y Ovidio Campo

2008 *Hospitalidad y hospitales jacobeos en Castilla y León*. Burgos: Fundación San Antón / Junta de Castilla y León / Universidad de Burgos.

Dirección de Salud Indígena (Venezuela)

- 2007 "Servicios interculturales de salud en el tercer nivel de atención del sistema público nacional de salud". En: *Servicios Interculturales de Salud. Oficinas de Salud Indígena*. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud.

Fernández-Juárez, Gerardo

- 2008 *Kharisiris en acción. Cuerpo, persona y modelos médicos en el altiplano de Bolivia*. La Paz: CIP-CA.

Gascón, Julián

- 2006 *Breve historia del Hospital de Jesús*. México, D. F.: Vertiente Editorial.

Gobierno de Bolivia

- 2009 *Constitución Política del Estado* La Paz: Editorial e Imprenta C. J. Ibáñez.

Lozoya, Xavier, Georgina Velázquez y Ángel Flores

- 1988 *La medicina tradicional en México. Experiencias del programa IMSS-COPLAMAR, 1982-1987*. México, D. F.: Instituto Mexicano del Seguro Social.

Ministerio de Salud y Deportes (Bolivia)

- 2008 *Modelo sanitario Salud Familiar Comunitaria Intercultural*. La Paz: Talita Kumi: 1.

Organización Internacional del Trabajo (OIT)

- 1989 *Convenio 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes*. Ginebra.

Vila, Cáliz (comp.)

- 2006 *Interculturalidad en Salud en la región Andina*. Lima: AMARES / Organismo Andino de Salud: 5.

MÓDULO
MODELOS Y SISTEMAS MÉDICOS

ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE MODELOS Y SISTEMAS MÉDICOS

Luca Citarella Menardi

Cultura y medicina

Los conceptos de cultura, medicina, sistemas médicos, etc., han sido tratados en distintas formas por los más variados autores y por diversas disciplinas (antropología, medicina, historia de la medicina, antropología médica, filosofía, etc.), generando un debate epistemológico que se extendió durante todo el siglo XX. En la última década la gran mayoría de los especialistas que se ocupan de la salud/enfermedad han llegado a un acuerdo sobre algunas proposiciones básicas que sitúan los fenómenos de la salud/enfermedad en el ámbito de la cultura. En efecto, las culturas han desarrollado métodos, creencias, conocimientos, percepciones culturales y sistemas organizativos para abordar el problema de la salud y la enfermedad. Cada pueblo ha desarrollado históricamente un sistema propio de creencias, conocimientos, actitudes y prácticas alrededor de los problemas de salud/enfermedad.

Por tanto, cuando se habla de medicina, entendida como saber médico, no se habla únicamente de ciencia dogmática, de verdades únicas, sino de una disciplina sujeta a cambios que dependen de las tradiciones culturales particulares, del grupo étnico, de la estructura socioeconómica, del periodo histórico, etc.

El fenómeno de la salud/enfermedad en América Latina se caracteriza por su diversidad cultural y en muchos casos es el producto del contacto histórico entre las culturas nativas con la hispano-europea. Los conocimientos sobre salud, enfermedad y atención se manifiestan en distintas concepciones de dolencias, es decir, en el pluralismo médico, que es un rasgo evidente de la realidad del continente. En la actualidad, las tradiciones médicas latinoamericanas se estructuran sobre múltiples factores de naturaleza cultural, económica y social. En países de mayoría indígena como Bolivia, Guatemala, Ecuador, Perú, Brasil o México, los profesionales de la salud atienden pacientes cuyas dolencias responden a causas tan dispares como, por ejemplo, la diversidad cultural o la marginación económica y social en la que viven.

La realidad de la medicina en el continente latinoamericano se define por los siguientes rasgos fundamentales:

La diversidad cultural

Está configurada por varios elementos. Hay que destacar la influencia hispana, un modelo que **se asienta** desde el siglo XVI, primero en el periodo colonial, y después en el de la Independencia, conformando un

modelo cultural occidental que se transformó en el modelo cultural dominante de la mayoría de los países latinoamericanos. Los europeos, particularmente los españoles, establecieron un modelo institucional y unas estructuras que han evolucionado hasta el modelo cultural dominante hoy en día, el occidental.

Por otro lado, subsisten tradiciones culturales indígenas originarias, que a pesar de haber sido destronadas por los conquistadores, no fueron completamente anuladas. La resistencia permitió la consolidación de tradiciones culturales distintivas que han persistido hasta la actualidad.

Por último, es preciso hablar de tradiciones mestizas, del sincretismo cultural que se ha ido generando a través del contacto y la interacción entre la tradición cultural hispano-occidental y las distintas tradiciones culturales indígenas. Ello explica la aparición de modelos culturales sincréticos o de culturas populares que en algunos casos han integrado culturas de otros continentes, como es el caso de la tradición afrocubana o el de la afrobrasileña. Se trata de modelos culturales intermedios, reformulaciones de diversas tradiciones que han dado lugar al surgimiento de mundos culturales mestizos que son el corazón de la cultura latinoamericana actual, una cultura que se ha creado merced al contacto entre estas dos tradiciones, la occidental y la indígena.

La desigualdad socioeconómica

Hoy en día, el proceso de democratización de la sociedad latinoamericana es aún incipiente. Ello se debe a determinados factores comunes a todo el continente:

- Jerarquización social y concentración excesiva del poder, con la existencia de monopolios de poder y riqueza que fomentan las desigualdades. Pese al avance de la tecnología, del capitalismo o de la globalización, la concentración de la riqueza sigue siendo un problema no resuelto.
- La desigual distribución de la riqueza ha propiciado enormes desigualdades sociales, con pequeñas minorías dominantes que se imponen a las mayorías que no tienen oportunidades de acceso a los principales recursos (educación, salud, tierra, etc.).
- La falta de oportunidades para una parte sustancial de la población enmascara también la existencia de discriminaciones culturales. Las poblaciones que sufren las situaciones de mayor pobreza y marginalización son, a menudo, las indígenas. De este modo, la desigualdad económica se entrecruza muy frecuentemente con la discriminación cultural.

La diversidad curativa

En el complejo mundo de la salud/enfermedad de América Latina actúan santiguadores, curanderos, chamanes, médicos, enfermeras, predicadores protestantes, etc. Existen muchas perspectivas culturales, visiones del mundo y prácticas terapéuticas distintas que, a veces se complementan y a veces chocan entre sí. Esta dinámica de oposición y complementación ha sido conceptualizada por algunos autores en el marco de los procesos de contacto y contraste entre clases socioeconómicas dominantes y clases subalternas. En ese contexto se conceptualiza también la dinámica entre medicinas hegemónicas que monopolizan las estructuras de poder y capital económico y medicinas subalternas privadas del acceso a los recursos, que son marginadas y que carecen de reconocimiento en el interior de la sociedad.

Si consideramos la salud y la enfermedad no únicamente como el producto de las condiciones físicas del ser humano, sino más bien de manera holística¹, como el resultado de factores históricos, culturales, sociales y económicos, podremos entender mejor cómo los problemas de salud y enfermedad

¹ El término 'holístico' (del griego *holos*, 'todo', 'entero', 'total') hace referencia a una manera de entender la realidad en términos de un todo integrado cuyas propiedades no pueden ser reducidas a las de las partes que lo componen; resulta imposible explicar todas las propiedades de un sistema (biológico, químico, social, económico, mental, lingüístico, etc.) como la mera suma de sus componentes. El todo es algo más que la simple suma de sus partes individuales y, por tanto, requiere de un tratamiento integral.

en América Latina están estrechamente vinculados a las condiciones en las cuales vive la mayoría de la población, sea esta urbana, rural o indígena. Como afirma Laurell, "...el mismo proceso biológico humano es social". Es social porque no es posible fijar la normalidad biológica del hombre al margen del momento histórico y de las condiciones culturales'.

¿De qué forma se inserta en este contexto la antropología médica? En primer lugar, conviene señalar que la antropología médica y la salud intercultural son dos disciplinas distintas. La primera se enfoca en el estudio académico de las variables socioculturales presentes en los procesos de salud y enfermedad'. Con ello se ha consolidado como disciplina académica y científica, afianzada desde hace décadas en los planes de estudios universitarios. La salud intercultural, en cambio, es una plataforma conceptual para el desarrollo de políticas de salud que apunten, por un lado, a la adecuación de los programas y servicios a las necesidades específicas de la población originaria y, por otro lado, a la valorización y rescate de las tradiciones de la medicina originaria. Se trata entonces de políticas de sensibilización a las instituciones de salud para que valoren la variable sociocultural como un elemento fundamental para orientar las políticas y la práctica médica.

Como disciplina académica, la antropología médica estudia la cultura y en particular las costumbres de un grupo humano relativas al ámbito de la salud y la enfermedad. El estudio de las formas de comportamiento deriva hacia el análisis cultural, donde el concepto de cultura incluye no sólo los valores ideológicos, creencias, modelos de pensamiento, etc., sino también elementos materiales de la vida humana. La antropología médica nace entonces como una rama de la antropología para estudiar especialmente el vínculo entre medicinas y culturas, es decir, los conceptos de salud/enfermedad, los roles/agentes

médicos, las estructuras y organizaciones sociales, la herbolaria, así como las prácticas, procedimientos y protocolos terapéuticos de cada cultura.

Existen distintas líneas de investigación en el ámbito de la antropología médica. Las más importantes son tres:

- La herbolaria, es decir, el estudio de las plantas medicinales, que se convierten en recursos terapéuticos empíricos para muchas poblaciones indígenas del pasado y del presente. Una de las características de los pueblos indígenas es el hecho de vivir en las zonas del globo con mayor diversidad biológica. Esto ha permitido a todos los grupos originarios desarrollar un gran conocimiento sobre la biodiversidad y su utilización eficaz.
- Esta vía de investigación nació mucho antes que la antropología, y se remonta al siglo XVI, cuando los españoles, en sus primeros contactos con la población nativa, detectaron la existencia de recursos terapéuticos empíricos característicos de las distintas culturas indígenas latinoamericanas. A raíz de ello se emprendieron estudios descriptivos de las propiedades curativas de las plantas, estudios que se han multiplicado en las últimas cuatro décadas del siglo pasado con el nacimiento de la etnobotánica. Los estudios más recientes se han dedicado fundamentalmente a detectar los principios activos de las plantas medicinales y sus propiedades para resolver problemas de salud. Detrás de estos estudios subyace el interés económico de las grandes empresas farmacéuticas, por cuanto los principios activos de estas plantas son aplicables a la medicina occidental. Ello explica que la gran mayoría de tales estudios sean de naturaleza descriptiva, limitándose a la identificación de los principios activos y dejando a un lado otros aspectos, como el contexto cultural de procedencia o los efectos.

2 Laurell; 1982 y 1986.

3 En 1963 Norman Scotch decide titular *Antropología médica* una reseña anual de la Universidad de Stanford, y desde entonces esa denominación se ha consolidado como disciplina en el seno de la Antropología, fundamentalmente orientada al estudio de los fenómenos de salud y enfermedad.

- **Estudios de los aspectos mágico-rituales de la enfermedad. Por ejemplo, los trabajos sobre chamanismo o rituales terapéuticos, que han dado lugar a estudios muy importantes en el ámbito de la salud intercultural o de la antropología médica, como la noción de eficacia simbólica.**
- **Estudios de las "etnoclasificaciones médicas", o sea, de las categorías lingüísticas y culturales usadas por las poblaciones indígenas en el análisis de los recursos curativos, relacionadas con los conceptos de salud o enfermedad. Con ello se ha generado una corriente que ha alcanzado un notable desarrollo en los años ochenta y noventa del siglo XX.**

Los sistemas de atención médica

Como hemos visto, hay una estrecha vinculación entre un sistema médico (conocimientos, creencias, prácticas) y su contexto sociocultural. En este sentido, los sistemas médicos existen solamente como parte de un sistema sociocultural más amplio. La labor de los antropólogos y trabajadores en salud intercultural consiste en determinar cuáles son los vínculos entre estos niveles. Más formalmente, los componentes de un sistema médico se describen en términos de un modelo, diversos agentes y práctica médica.

El *modelo médico* se refiere al ámbito ideológico, más tradicionalmente vinculado con la cultura, ya que abarca conceptos y cosmovisiones en las que la esfera de la salud/enfermedad se entrecruza con la religión, la concepción de la vida y de la muerte, de la enfermedad, el vínculo entre el hombre y los medios natural y sobrenatural, del cuerpo, etc. En suma, todo lo relacionado con la conceptualización de la salud y la enfermedad. Cada ambiente cultural genera visiones particulares sobre la muerte, cosmovisiones que guardan relación con la forma en que las distintas culturas interpretan su presencia en el mundo.

Los *agentes médicos* son todos aquellos que realizan las prácticas de salud. Cada tipología de agente médico tiene su propia estructura organizacional, sus prácticas, saberes y concepciones. Análogamente, existen diferentes niveles de especialización, diferencias entre agentes, roles y funciones creativas. Hay que destacar la relevancia de los procedimientos de selección y de control de estos agentes. El sistema occidental ha estado en constante evolución (universidades, tribunales médicos), de modo que ha configurado un sistema particular de transmisión del conocimiento.

Las *prácticas médicas* son una serie de acciones que se realizan en determinados momentos (consulta, diagnóstico, hospitalización, tratamiento, etc.) que han dado lugar a reglas que permiten a las instituciones sanitarias establecer criterios de conducta o protocolos más o menos homogéneos para resolver problemas de salud. Dentro de las prácticas son muy relevantes los espacios y los escenarios en los cuales se desenvuelve la acción médica (muy diferenciados de cultura a cultura), así como el sistema de códigos o lenguaje, un sistema de comunicación médico-paciente característico de cada uno de los esquemas médicos. En este sentido, conviene referirse a la diferencia cultural existente entre la mayoría de las tradiciones de la medicina alternativa -que propugnan un sistema de comunicación con el paciente orientado a generar confianza, cercanía, contactos prolongados- y la medicina occidental -donde la relación médico-paciente es básicamente una relación de poder marcada por la distancia-.

En América Latina se suele categorizar la diversidad curativa en tres sistemas de atención médica: en primer lugar el sistema médico occidental institucional o convencional, que además es el hegemónico. En segundo lugar, el sistema de las medicinas indígenas, tradicionales y alternativas, y en tercer lugar, el de las medicinas populares, sincréticas, que algunos autores definen como sistema de autoatención'. No se pretende en la presente intervención entrar en

debates conceptuales o académicos sobre el particular, sino dar a entender que estos sistemas médicos representan categorías de análisis más que realidades independientes. En realidad, la población adopta un proceso de sanación que integra y combina en forma pragmática elementos particulares de todo el espectro de los recursos terapéuticos disponibles.

A continuación profundizaremos en las características de los distintos sistemas médicos.

El sistema médico occidental

Este modelo médico se despliega principalmente en el sector público (hospitales, cajas de salud, postas de salud públicas), en el sector privado (hospitales, clínicas privadas y ONG), así como en el sector individual privado (consultorios privados). Algunas de sus características estructurales son el biologicismo, la homologación, el individualismo, el marco teórico evolucionista-positivista, la mercantilización de la salud, la relación asimétrica entre médicos y pacientes, etc.

Tiene origen global, europeo, y su extensión se enmarca en una política de expansión de los primeros Estados nacionales del mundo moderno: España, Francia, Inglaterra, Alemania. Uno de sus aspectos más característicos es la importancia concedida a la eficacia, principal criterio a la hora de trabajar con medicamentos, intervenciones quirúrgicas o vacunas. La concepción de la salud sólo considera el cuerpo, sin que existan espacios como el alma o el espíritu, y el progreso científico es su motor de avance.

Se puede considerar como un sistema en plena expansión. Sin embargo, en el caso de Bolivia, tiene una cobertura aún muy limitada, en particular entre los estratos socioeconómicos más bajos de la población y en las áreas rurales. Por otro lado, es un sistema dominante, por cuanto realiza escasas derivaciones hacia otros sistemas médicos.

Internamente, el modelo de interpretación de la salud/enfermedad se funda en la división entre alma y cuerpo. Adscribir la enfermedad al mal funcionamiento de la "máquina corporal" plantea la necesidad

de ir detectando los desperfectos que han causado las enfermedades dentro del cuerpo, en una perspectiva que enfatiza los mecanismos fisiológicos y biológicos. En este caso, a diferencia de lo que ocurre con las medicinas tradicionales, el énfasis recae en los órganos del cuerpo y en la identificación de síntomas. La enfermedad debe ser identificada en órganos específicos y la acción médica se especializa. Los doctores garantizan un análisis parcial de los distintos componentes del cuerpo sin apuntar a una mirada integral sobre la persona. Las taxonomías médicas se relacionan con los órganos, con los elementos patógenos que atacan al cuerpo o con el origen del agente invasor. Se trata de una concepción fundamentalmente fisiológica de la salud y la enfermedad.

Su principal representante y su agente más poderoso es el médico, ya que influye en los otros dos modelos, tanto en términos ideológicos y de dominación como en términos jurídicos. Se impone considerando que la única práctica médica verdadera es la académica, negando cualquier valor al resto. Adicionalmente, el modelo hegemónico es el propiciado por las instituciones políticas, así como el que plasman las leyes.

La enseñanza formal de los médicos privilegia un medio fundamental de transmisión del saber: la transmisión académica. La base de la práctica médica es el análisis individual, la prescripción de medicamentos, así como la realización de análisis y exámenes complementarios. En cuanto a los espacios donde se desarrolla la práctica médica, se trata de instituciones muy formales, con una jerarquización interna muy acentuada, en ambientes generalmente muy estructurados que postulan la separación de la familia. No cabe duda de que la tecnología ha dado lugar a avances de enorme relevancia: cirugía, elaboración de los fármacos, centros médicos, etc. Pero continúa planteando problemas de envergadura, como, por ejemplo, una relación médico-paciente extremadamente asimétrica.

El idioma de comunicación empleado por la mayoría de los médicos es el castellano, independiente-

mente de su conocimiento de las lenguas indígenas, generando así un contacto con el paciente muy limitado en el tiempo y completamente despojado de cercanía afectiva.

Los sistemas médicos tradicionales

Este modelo está compuesto por las medicinas tradicionales, indígenas y alternativas. Su estructura es más compleja por cuanto refleja la diversidad cultural de cada país o región. En el caso de Bolivia, el modelo comprende diferentes sistemas, que corresponden a los distintos pisos ecológico-culturales. En el Altiplano aymara, se tiene a los *qulliris*, los que curan con plantas medicinales; en las zonas quechuas y de los valles se tiene a los *jampiris*, médicos tradicionales, a los *paq'us*, los que ayudan a restituir el espíritu a los pacientes que lo han perdido y, por último, en tierras bajas se tiene a los *ipayes*. Además, en todo el territorio boliviano se constata la actividad de *qapachaqueras* (las que venden plantas medicinales), *aysiris* (los que celebran rituales curativos), los *yatiris* (los sabios líderes espirituales), hierberos, mollaros, parteros, etc.

El sistema kallawayá de medicina tradicional se mueve entre todos estos sistemas, en su calidad de médicos oriundos de los Andes bolivianos.

El modelo alternativo tiene origen local y se basa en el poder de las curaciones simbólicas, con una fuerte participación de la comunidad. Su característica general es la visión holística de los padecimientos y de las enfermedades, por lo cual "las acciones terapéuticas suponen casi siempre a la eficacia simbólica y a la sociabilidad como condición de la eficacia"⁵.

En la etiología de las medicinas populares, la simbología y el aspecto psico-social de la enfermedad tienen un peso notable. Existe aquí una concepción abierta en la que el funcionamiento del cuerpo no está relacionado únicamente con los fenómenos biológicos, fisiológicos y bioquímicos, sino que está

vinculado al ámbito espiritual, religioso, ecológico y social, y está abierto a la influencia de fuerzas externas, que pueden atacarlo. Por consiguiente, la descripción y conceptualización de la enfermedad también está relacionada con el ámbito religioso. Intervienen aquí fuerzas sobrenaturales, agentes divinos que provocan las enfermedades en las personas y operan fundamentalmente sobre la base de una lógica de tipo ético o moral. La enfermedad puede aparecer como consecuencia de comportamientos culturalmente inadecuados de la persona y, por tanto, como castigo eventualmente enviado por los dioses o espíritus sobrenaturales. Por esta razón, el grueso de los esfuerzos cognoscitivos de las medicinas indígenas latinoamericanas (quechuas, aymaras, mapuches, mayas, etc.) y de la medicina popular en general, opera y se concentra en la identificación del *porqué* de la enfermedad. A partir de estas consideraciones se puede concluir que la enfermedad, en definitiva, está íntimamente relacionada con el estado de la identidad cultural y la cohesión del individuo con su grupo social. Una "identidad en crisis" supone desarreglos en la salud de los individuos. De ahí que la recuperación de la identidad cultural sea un elemento fundamental en el proceso de recuperación de la salud.

En la interpretación de la enfermedad interviene otro fenómeno muy importante, ligado a uno de los criterios fundamentales de las culturas originarias: el de la dualidad. Muchos pueblos indígenas entienden el universo a partir de unidades conformadas por dos polos opuestos y complementarios que están en equilibrio dinámico permanente. El ser humano y la naturaleza forman parte de estos opuestos, así como el mundo de "arriba" y el de "abajo", el hombre y la mujer, el Norte y el Sur, el mal y el bien, el chamán y el brujo, lo "cálido" y lo "frío", etc.

El eje salud/enfermedad forma parte de una de esas dualidades complementarias en las que se define la vida de los individuos. Como el respeto a las

leyes, la salud supone un cierto equilibrio o armonía. De manera análoga, la enfermedad es un desequilibrio, una ruptura de la norma. A partir de esta consideración, el proceso de la salud y la enfermedad se relaciona con el control social. La enfermedad tiene que ver con el quebrantamiento del orden prescrito; por ejemplo, una vulneración de la reciprocidad, incluyendo la transgresión de las reglas matrimoniales o de los mecanismos de solidaridad social.

Los agentes médicos tienen distintas tipologías: chamanes, curanderos, naturistas, curadores de huesos, parteras, etc. La jerarquía se relaciona con la función social que estos agentes cumplen en términos más generales dentro de su cultura y en un territorio determinado, como puede ser el caso de la cultura kallawayá. Por otro lado, existe un formalismo bastante afianzado en las culturas latinoamericanas a la hora de reglamentar el aprendizaje y la carrera del médico tradicional. Un individuo puede convertirse en chamán, por ejemplo, en la medida en que obedezca a un llamado divino que lo incite a aceptar ese camino, o, en general, puede asumir el papel de médico cuando la comunidad entera lo reconoce como tal. La opción de transformarse en agente médico es una opción individual que tiene que ver con el parentesco, pero en la cual interviene también una estrategia económica y de captación de recursos. Sin embargo, existe una tendencia a transmitir estos saberes dentro de la familia en una línea vertical de padres a hijos. El proceso de transmisión de los conocimientos entre los agentes médicos de la medicina popular es oral.

Las prácticas médicas tradicionales se caracterizan por su diversidad rituales, peregrinación, adivinación en coca, cantos chamánicos, estados de trance inducidos, visiones, etc.) y pueden ir desde la culminación de los distintos procesos rituales de diagnóstico de los pacientes hasta rogativas a los dioses para poder recuperar el alma del enfermo, así como santiguaciones, acciones mágicas sobre prendas, uso de hierbas medicinales, emplastos, cataplasmas, imposición de manos, etc. El uso de

la herbolaria medicinal es un elemento muy importante en todos los recursos empíricos de los agentes médicos tradicionales.

Este modelo médico opera fundamentalmente en ámbitos cercanos al paciente: su casa (más en áreas rurales que en las urbanas), su familia, la casa del médico tradicional, pero también salas de consulta formalizadas, tiendas y puestos en las calles, ferias o mercados. En algunos casos, y cuando la enfermedad es particularmente complicada, la medicina tradicional se desempeña en ambientes familiares acogedores e informales. Se recurre a los lugares sagrados cuando es necesario hacer ofrendas específicas a los seres tutelares o a los dioses para obtener su apoyo y ayuda.

En fin, todo el proceso de comunicación entre el especialista tradicional y el paciente se verifica a través de la lengua nativa, en una relación particularmente eficaz desde el punto de vista psicológico y humano. Sin embargo, en la relación médico-paciente también se ha constatado la existencia de modelos intermedios: la mayoría de los agentes médicos guarda aún una situación de cercanía muy grande con el paciente y su familia, y los costos de la consulta médica suelen ser bajos. No obstante, en ciertos casos, la relación médico-paciente está librada a las reglas de la oferta y la demanda, y es de tipo mercantilista. Del mismo modo, algunos curanderos ejercen el poder en una relación asimétrica en la que se verifica la subordinación del paciente al poder del médico.

El sistema de las medicinas populares

Se adscriben a la cultura y medicina popular una multitud extraordinariamente heterogénea de modelos culturales y prácticas de referencia que, en América Latina, se relacionan con procesos de sincretismo entre la tradición hispánica y la indígena. La medicina popular está estrechamente vinculada con las creencias religiosas, que son una constante fuente de recursos, elementos simbólicos y empíricos.

En el ámbito urbano existe la tendencia a recurrir más frecuentemente al modelo de autoatención.

Se trata de un proceso de disgregación de las entidades culturales originarias, que van evolucionando hacia formas de saber cada vez más en contacto con la tradición cultural occidental, particularmente en lo que se refiere al aspecto religioso, sobre todo al de la tradición cristiana (católica y protestante).

Un sector considerablemente amplio de la población de América Latina carece de acceso a un servicio médico satisfactorio, por lo que normalmente resuelve su problema de salud recurriendo a la automedicación, como hacen las madres de familia. La familia y la propia comunidad legitiman esta vía sobre la base de su propia experiencia y de la apropiación de las prácticas médicas a partir de la observación. Como afirma Menéndez, se trata de un

modelo basado en el diagnóstico y atención llevados a cabo por la propia persona o personas inmediatas de grupos parentales o comunales, y en el cual no actúa directamente un curador profesional. La autoatención supone acciones 'conscientes' de no hacer nada, pero encaminadas a la cura, hasta el uso de equipos de determinado grado de complejidad (Menéndez 1992).

Este modelo implica tanto la opción "consciente" de no hacer nada, como el recurso de acciones con cierto grado de complejidad. La autoatención constituye la primera actividad asistencial que realiza el grupo, y que posteriormente puede continuarse o no con otros tipos de atención, según las características de la enfermedad y del tipo de cobertura existente. Menéndez habla del modelo de autoatención, centrado en la mujer, como el primer nivel real de atención de la salud. Por esta razón, el modelo de autoatención ha sido definido además como modelo de la medicina doméstica.

Dentro de los procesos de autoatención incluimos en el análisis tanto las prácticas de autocuidado como las de automedicación. Cuando hablamos de prácticas de autocuidado nos referimos a todas

aquellas acciones que realizan las personas para evitar o prevenir los daños, molestias y problemas de salud; la automedicación alude a un proceso de autoatención cuyo objetivo es combatir, limitar y dar solución definitiva o transitoria a los padecimientos, daños y/o problemas de salud. La automedicación supone el diagnóstico, la selección y prescripción de un tratamiento, así como la administración de compuestos medicinales, acciones físicas, procedimientos mentales, incluyendo los medicamentos producidos a partir de la investigación científica, sean éstos de venta libre o no.

Menéndez (1992) y Zolla y Carrillo (1998) señalan, entre otras características, que este modelo está estructurado como un sistema de conceptos, creencias y prácticas relativas al proceso salud/enfermedad/atención. Como modelo de atención, su acción no se limita al área de la medicina (preventiva o curativa), sino que, como en el caso del modelo de la medicina tradicional, incluye y reelabora conceptos y prácticas vinculados a la alimentación y la nutrición, a la higiene y el saneamiento básico, a la educación y la recreación, a la sexualidad y la reproducción, a la religiosidad y las normas sociales, al trabajo y la vivienda'.

En términos generales, el modelo ideológico de la medicina popular presenta un sustrato mágico-religioso de la vida y de la salud o enfermedad. Alude a una concepción abierta del cuerpo, en virtud de la cual su funcionamiento no está relacionado únicamente con los fenómenos biológicos, fisiológicos y bioquímicos, sino que está vinculado al ámbito religioso, ecológico y social. Tal como ocurre con las medicinas tradicionales e indígenas, en el sistema médico popular el elemento psico-social de la enfermedad es muy importante, porque existe una cosmovisión integradora en la que intervienen elementos culturales relacionados con el mundo espiritual y con la tradición cristiana. Así, la enfermedad, por ejemplo, es concebida

como consecuencia de otros elementos propios del mundo cultural católico, y se la conceptualiza como pecado. La enfermedad aparece como resultado de comportamientos culturalmente inadecuados del individuo y, por tanto, como castigo eventualmente enviado por los dioses o espíritus sobrenaturales.

El pluralismo médico

Como hemos visto, para resolver sus problemas de salud, la población pone en marcha estrategias pragmáticas: prácticas, modelos y agentes médicos interactúan entre sí, dando espacio a un mundo de chamanes, hierberos, médicos, enfermeras, parteros, santiguadores, naturistas, acupunturistas, etc., que operan todos como referencia de la población.

Estos distintos modelos médico-culturales están en un constante proceso de contacto e interacción mutua, creando contextos de pluralismo médico. Menéndez define el pluralismo médico como: "la capacidad que los grupos tienen para utilizar indistintamente y en más de una forma, la posible solución o atención de sus padecimientos" El término "pluralismo médico" fue introducido por Sheila Cominsky, entendiéndolo como la existencia de sistemas paralelos o alternativos (medicina occidental, medicina tradicional, medicina espiritista, etc.), en donde los enfermos eligen el uso de dos o tres sistemas y en igual forma los terapeutas (médicos, espiritistas, curadores tradicionales, etc.) incorporan elementos de todos ellos'.

Se observa entonces un proceso de sincretismo e impregnación entre todos los sistemas, particularmente entre el biomédico y el tradicional, con dos resultados fundamentales:

- las medicinas tradicionales han incorporado en su propia acción terapéutica elementos propios de la medicina occidental, como son las vitaminas, los antibióticos y los analgésicos;

- la "popularización del modelo occidental", que se refleja en un dato muy concreto: la existencia, en los procesos de salud y enfermedad, de itinerarios terapéuticos plurales o múltiples. El modelo de autoatención se alimenta a su vez de los dos primeros modelos, el biomédico y el tradicional, apropiándose paralela o simultáneamente de prácticas y conocimientos de ambos. Así, las personas afectadas por problemas de salud o enfermedad recurren de forma consecutiva a distintos sistemas médicos para resolver su problema.

La lógica de usar varios recursos terapéuticos para resolver los problemas de salud/enfermedad está más generalizada en los estratos socioeconómicos "bajos" de la población, particularmente entre la población indígena, tanto en zonas rurales como en áreas periurbanas. Las clases socioeconómicas más acomodadas recurren de manera más exclusiva a la medicina institucional.

De los tres sistemas, el más consultado en términos cuantitativos es el de la medicina popular, con una tendencia a la expansión del sistema médico occidental. Este dato parece bastante representativo de la realidad de las áreas urbanas del país, e incluso de la ciudad de Potosí, en la cual investigaciones recientes muestran el creciente peso de los agentes de la medicina popular en la asistencia médica. En esta ciudad, los fenómenos de migración generan cambios significativos de la conducta de la población, incluso en lo que se refiere al proceso de salud/enfermedad.

Desde el punto de vista de la cobertura, hay que señalar que el 75% de los casos recurría a más de un agente médico para resolver su problema de salud o enfermedad, y el 35% recurría primero a dos de los tres sistemas médicos disponibles (medicina tradicional y autoatención), y luego al hospital para que el médico o enfermera reforzaran el trabajo realizado por los dos primeros agentes. De 139 personas entrevistadas, 113 declararon haber consultado previa-

mente a algún familiar **-o sea el sistema** de autocuidado- para resolver su problema de salud, mientras que el 71 % recurría al modelo médico tradicional. Es evidente que los pacientes muestran una clara tendencia a consultar a otro recurso terapéutico tradicional y/o popular antes que el sistema médico oficial".

El registro de información sobre estos itinerarios terapéuticos múltiples ofrece claves interesantes sobre la eficacia terapéutica de los distintos recursos médicos. Es muy importante conocer cuáles son los efectos concretos de cada práctica terapéutica en el proceso de salud de la persona, de modo que no sólo puedan identificarse como positivas por pertenecer a una cultura determinada, sino que se establezca también su eficacia en el ámbito clínico, de la medicina tradicional y alternativa, o del modelo de autoatención.

La lógica de integración de distintas alternativas terapéuticas parte de la existencia de una categorización muy clara entre la población: hay que distinguir entre las enfermedades de los doctores (que justifican el recurso a un agente médico oficial-institucional) y las enfermedades indígenas (que pueden ser autoatendidas). En el momento en que se presentan los problemas de patologías, las familias hacen un análisis previo del origen de la enfermedad, del tipo de mal que les está afectando y, según los resultados de este análisis, optan por una u otra alternativa terapéutica. Existen por **tanto casos en los cuales** la patología se resuelve a través de la intervención de un sistema. Sin embargo, mucho más frecuentes son los casos en los cuales la situación se hace más compleja y cada recurso médico juega un papel en la resolución de las problemáticas sanitarias.

En esta última perspectiva, se puede afirmar que las personas recurren a la medicina occidental para resolver o atacar los síntomas biológicos o fisiológicos, y las medicinas tradicionales (indígenas y

populares) intervienen para resolver las causas de las enfermedades. De este modo, es posible hablar de una estrategia funcional de acceso a los distintos sistemas médicos que predetermina claramente lo que cada recurso puede ofrecer.

En el sistema médico occidental, la acción terapéutica se concentra en los aspectos sintomatológicos o biológicos de la enfermedad. Sin embargo, desde el punto de vista de la gente, esta intervención no puede resolver completamente la complejidad de la dolencia. La persona, por tanto, puede recurrir paralelamente al *yatiri* o al curandero local para resolver la etiología de la enfermedad. Esta causa está ligada al conflicto social o espiritual, la falta de armonía con el mundo natural y la intervención de fuerzas sobrenaturales. Todo esto de acuerdo a las pautas culturales existentes. Es posible que en algunas personas tales concepciones generen una actitud de escepticismo y rechazo. No obstante, para el profesional de la salud el conocimiento de esta realidad representa un aspecto de gran importancia, ya que permite conocer la causa que ha generado el "mal" desde el punto de vista del paciente, prestar atención a la dimensión psico-social de la enfermedad, tan olvidada en la práctica de la medicina occidental⁹.

En el desarrollo del itinerario terapéutico incide muchísimo el estado de la identidad cultural, es decir, la adscripción a ciertos modelos culturales, de pensamiento o religiosos: son éstos los factores que determinan la elección de uno u otro recurso terapéutico. El contacto de las comunidades rurales con las ciudades modifica el estado de la identidad: los grupos urbanos marginales, debido a la interacción con el mundo urbano, transforman sus creencias y sus prácticas.

En relación con la cobertura y espacios de las medicinas indígenas, en muchos países latinoamericanos, pese a mantenerse vigente el modelo mágico ritual de la enfermedad, los recursos empíricos,

8 Fuente: investigaciones Cooperación Italiana 2001-2002.

9 Desde hace 50 años la OMS insiste en la necesidad de que los sistemas de salud occidental vuelvan a recuperar una conceptualización biosocial de la enfermedad que apunte a atender no solamente órganos sino personas. En este marco, existe por tanto una evidente convergencia entre el punto de vista de la medicina tradicional y las corrientes innovadoras que apuntan a una humanización de la medicina contemporánea.

especialmente aquellos vinculados con las plantas medicinales, se están reduciendo. En realidad, se constata una disminución de la cobertura, pero los recursos se han trasladado de un sistema a otro. Algunos curanderos han realizado estudios de auxiliar o enfermero, y otros se han asimilado al sistema popular y se presentan como adivinos o médicos naturistas, ya desvinculados de la relación con un contexto tradicional.

Es un fenómeno que se puede detectar en toda América Latina: se trata del proceso de transformación del chamanismo y de los médicos tradicionales indígenas en el curanderismo. Concretamente, los chamanes van incorporando dentro de sus prácticas una serie de elementos propios de otras tradiciones culturales, símbolos de la religión cristiana o elementos materiales de la medicina oficial. La medicina indígena se apropia culturalmente de esas realidades y las convierte en símbolos, poniendo de manifiesto la importancia de los contactos entre las sociedades.

Los conceptos de cuerpo que manejan los distintos modelos médicos (el cuerpo integrado por la naturaleza, la naturaleza concebida como cuerpo que debe ser alimentado, el cuerpo como modelo simbólico, el cuerpo como elemento que puede ser intervenido por agentes externos y el cuerpo en la conceptualización cultural occidental, el cuerpo objeto o máquina) pueden suscitar conflictos en el paciente indígena o del área rural. El conflicto se refleja en las dudas permanentes que tienen los campesinos indígenas frente al hospital, a las instituciones de salud oficiales, los médicos o las enfermeras.

El trabajo de investigación, entonces, se convierte en una clave imprescindible. El conocimiento de las culturas indígenas no es una mera erudición sino que ha de servir para poner a disposición de los equipos de salud las claves culturales de entrada y contacto con la persona, a fin de poder establecer una relación eficaz con el paciente.

Los sistemas médicos

Incluyen todas las creencias, acciones, conocimientos empíricos, y habilidades relativas a la salud de un grupo étnico o de una determinada cultura.

Tienen un sustrato biológico, un modelo vinculado a determinadas creencias, conocimientos, y valores, con una cosmovisión general.

Han de tener agentes médicos, personas que transmiten un conjunto de conocimientos y que los aplican en determinadas prácticas.

Un sistema médico, a diferencia de la práctica terapéutica aislada, necesita materias médicas, un concepto amplio que va desde la vestimenta del médico hasta los recursos terapéuticos de los que se dispone.

Un sistema se compone de *modelo*, *agentes* y materias médicas.

Bibliografía citada

Cominsky, Sheila

1986 "El pluralismo médico en Mesoamérica". En: Kendall, Hawkins y Bossen (eds.), *La herencia de la Conquista, treinta años después*. México, D. F.: Fondo de Cultura Económica: 172-185.

Laurell

1982 "La salud-enfermedad como proceso social", *Revista Latinoamericana de Salud* N° 2.

1986 "El estudio social del proceso de salud-enfermedad en América Latina". *Cuadernos Médicos Sociales* N° 37, Rosario.

Menéndez, Eduardo

1992a "Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales". En: *La antropología médica en México*. México, D. F.: Instituto Mora / Universidad Autónoma Metropolitana: 97-114.

1992b *La Antropología médica en México*. México, D. F.: Instituto Mora / Universidad Autónoma Metropolitana.

1992c "Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención: del teoricismo al movimiento continuo". *Cuad Med Soc* 59: 3-18.

Scotch, Norman

1963 *Antropología médica*. Universidad de Stanford.

Zolla, C. y A. M. Carrillo

1998 "Mujeres, saberes médicos e institucionalización". En: J. G. Figueroa, *La condición de la mujer en el espacio de salud*. México, D. F.: Colegio de México: 167-198.

MODELOS, SABERES Y FORMAS DE ATENCIÓN DE LOS PADECIMIENTOS: DE EXCLUSIONES IDEOLÓGICAS Y DE ARTICULACIONES PRÁCTICAS

Eduardo L. Menéndez

Desde una perspectiva antropológica, cuando hablamos de modelos, saberes y formas de atención y prevención de padecimientos, no sólo pensamos en los de tipo biomédico, sino en todos los saberes y formas de atención que buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar o curar un padecimiento determinado, lo cual implica asumir una serie de presupuestos que contextualizan nuestra perspectiva¹.

En primer lugar, asumimos que al menos en las sociedades europeas y americanas actuales existe toda una variedad de saberes y formas de atención de los padecimientos, que utilizan diferentes indicadores y técnicas de diagnóstico para la detección de problemas de salud, así como diversos tipos de tratamiento e inclusive diferentes criterios de curación.

Pero, además de reconocer esta diversidad, cuando nos referimos a los saberes y formas de atención, lo prioritario para nosotros no es pensarlos sólo en términos de eficacia técnica o de significaciones

culturales, sino en reconocer su existencia, dado que el sector salud (SS) y la biomedicina oficiales tienden a negar, ignorar o marginar a la mayoría de los saberes y formas no biomédicos de atención de las dolencias, pese a ser utilizados frecuentemente por diferentes sectores de la población, aparte del hecho de que la autoatención constituye la modalidad más generalizada de atención de las dolencias.

Los diversos saberes y formas de atención de la enfermedad que actualmente operan en una sociedad determinada tienen que ver con las condiciones religiosas, étnico-culturales, político-económicas, técnicas y científicas que han dado lugar al desarrollo de formas y saberes que suelen ser considerados antagónicos, especialmente entre la biomedicina y la mayoría de los otros saberes. Para gran parte de los antropólogos, la medicina tradicional latinoamericana presenta características que no sólo se diferencian, sino que se oponen a determinadas con-

¹ Los conceptos de 'forma', 'saber' y 'modelo' corresponden a diferentes niveles de abstracción, y son complementarios entre sí. En términos esquemáticos, por *saberes* nos referimos a las representaciones y prácticas organizadas como un saber que operan a través de curadores o sujetos y grupos legos. Por *formas* nos referimos a las experiencias utilizadas por sujetos y grupos, y cuyo interés está en obtener las trayectorias y experiencias individuales. Y por *modelo* nos referimos a una construcción metodológica que alude a los saberes tratando de establecer provisionalmente cuáles son sus características y funciones básicas. Subrayamos que estos tres conceptos son construcciones generadas por el investigador.

cepciones y técnicas de la biomedicina. Y lo n-ismo sustentan los representantes de la denominada medicina científica respecto de la medicina tradicional y de la mayoría de los saberes populares, generando una visión antagónica y mutuamente excluyente; entre estos saberes.

Si bien dichas diferencias existen, generalmente tienden a ser registradas y analizadas por los investigadores principalmente a través de las representaciones sociales e ideológicas, y mucho menos en términos de las prácticas sociales de los individuos y grupos involucrados, lo cual refuerza una concepción dominante de antagonismos más que de articulaciones transaccionales entre los diferentes saberes y formas de atención. Más aún, considero que el reconocimiento de estas oposiciones suele darse sobre todo a través de las representaciones técnicas y sociales de los terapeutas de los diferentes saberes, pero mucho menos en el ámbito de las prácticas de los individuos y colectivos sociales que recurren a ellos, que tienden más a integrar los diferentes saberes que a antagonizarlos, excluirllos o negar unos en función de otros.

Lo que predomina en las sociedades actuales, dentro de los diferentes conjuntos sociales estratificados que las constituyen, y más allá de la condición de clase social o de la condición étnica, es lo que se conoce como pluralismo médico, término que alude al hecho de que la mayoría de la población en nuestras sociedades utiliza potencialmente diversos saberes médicos y formas de atención no sólo para diferentes problemas, sino para un mismo problema de salud.

En los países de la denominada sociedad occidental, y especialmente en los más desarrollados, se está incrementando actualmente el uso de las medicinas alternativas o paralelas, y si bien dicho incremento sería hasta cierto punto una reacción a características concretas de las orientaciones biomédicas, éste no es sin embargo el factor decisivo, por lo menos respecto de determinados procesos. Por ejemplo, se suele decir que el desarrollo de ciertas medicinas alternativas surge en gran medida

impulsado por el rechazo al tipo de relación médico-paciente que ha ido configurando e imponiendo la biomedicina, el cual excluye, niega o subordina la palabra del paciente. Aunque esta afirmación es parcialmente correcta, conviene subrayar que varias de las medicinas alternativas y de las denominadas "tradicionales" pueden ser tan excluyentes de la palabra del paciente y tan asimétricas en cuanto al trato con el paciente como la biomedicina, y algunas mucho más. Para varias de estas medicinas la asimetría -inclusive en el uso de la palabra- es condición necesaria para atender los padecimientos y por tanto para "curar".

Pero la expansión constante de las denominadas medicinas alternativas y la recuperación de formas de la medicina popular no obedecen exclusivamente a reacciones contra la biomedicina. Estos procesos reactivos frente a la medicina alopática no son los únicos ni los principales factores de tal desarrollo. Incluso podemos mencionar procesos aparentemente paradójicos. Por ejemplo, en el caso de los saberes denominados tradicionales y populares constatamos que algunas de sus actividades más emblemáticas han sido impulsadas en años recientes por actores que constituyen uno de los pilares de la biomedicina. Me refiero a la industria químico-farmacéutica, que en los últimos tres decenios ha desarrollado una notable y creciente producción de compuestos elaborados a partir de hierbas medicinales, dado el incremento del consumo de estos productos por los sectores sociales de mayores ingresos. Más aún, en varios países latinoamericanos, incluido México, no son pocos los estudiosos de la medicina herbolaria que ahora se dedican principalmente a la producción y comercialización de dichos productos.

En cada sociedad, los diferentes grupos sociales utilizan formas de atención tradicionales/populares específicas, pero me interesa subrayar que la mayoría de las mismas están dejando de ser patrimonio exclusivo de determinados sectores sociales, culturales o étnicos. Éste es un proceso constante, pero que ha cobrado una dinámica más acelerada en las

últimas décadas debido a fenómenos como la expansión de la industria químico-farmacéutica, las migraciones nacionales e internacionales y la globalización de los medios de comunicación masiva.

Otro factor que debemos considerar es que en las sociedades denominadas occidentales se constata la presencia de saberes y formas de atención de la salud que corresponden a saberes académicos de sistemas culturales muy distintos del occidental. Los casos más conocidos son los de la acupuntura y la digitopuntura², pero conviene subrayar que en varios países europeos y americanos se han asentado y difundido la medicina china y la medicina ayurvédica en contextos donde previamente no existían estas tradiciones académicas. Y algo similar podemos decir del budismo zen que fue apropiado en términos de posibilitar una mejor "salud mental", y que fue tempranamente impulsado en esa dirección por autores de enorme influencia como E. Fromm en los años cincuenta y sesenta.

Si bien una parte de este desarrollo se debe a procesos de migración masivos, que implican no sólo el asentamiento de trabajadores migrantes, sino también de sus sistemas de atención; en otros casos se debe a un proceso de apropiación originado por determinados sectores sociales de los propios países occidentales.

Estos y otros procesos han impulsado una constante diversidad de saberes y de formas de atención que, por supuesto, adquieren una dinámica y diferenciación específica en cada contexto, pero cuyo eje está en la enfermedad y no en la salud. Aunque la preocupación central de casi todas las formas de atención y saberes es la salud, e inclusive la biomedicina habla de producir salud, de salud positiva o de estilos de vida saludables, lo cierto es que virtual-

mente la totalidad de las actividades de los diversos saberes y formas de atención actúan básicamente respecto de los padecimientos y las enfermedades y no respecto de la producción de salud. Y esto es así no sólo por iniciativa de los curadores, sino porque lo solicitan los individuos y grupos sociales, ya que éstos demandan principalmente acciones sobre sus dolencias más que sobre su salud'.

Lo señalado no significa que ignoremos el hecho de que, especialmente en las sociedades capitalistas más desarrolladas, se incrementa la población que recurre a diferentes tipos de acciones procurando mejorar sus propias condiciones de salud individuales, aunque frecuentemente a través de un enfoque sumamente medicalizado, pese al uso cada vez más generalizado de formas alternativas de atención y prevención.

Los conjuntos sociales como eje de la atención de los padecimientos

Si bien es conveniente estudiar los distintos saberes y formas de atención a través de la relación curador-paciente, considero que desde un punto de vista metodológico la identificación y análisis de las formas de atención debería abordarse inicialmente a través de la descripción de lo que hacen, usan y dicen los individuos y grupos sociales para atender sus padecimientos, y no a partir de los curadores biomédicos, tradicionales o alternativos.

En términos metodológicos, deberíamos iniciar la descripción a través de los individuos y los conjuntos sociales porque a partir de los mismos, y especialmente de la "trayectoria del enfermo", podemos identificar todas o, cuando menos, la mayoría de las formas de atención que intervienen en un contexto

² Reconocemos, no obstante, tanto en países americanos como europeos, la existencia de técnicas de digitopuntura propias y que son previas a las técnicas actualmente difundidas desde países asiáticos, y que conviven y se interrelacionan con aquéllas.

³ Tanto en la bioniedicina como en otras formas de atención existen actividades no directamente relacionadas con la atención y prevención de la enfermedad (por ejemplo, la cirugía estética en el caso de la alopatía, o el uso de técnicas adivinatorias practicadas por curadores de otras formas de atención). Sin embargo, el objetivo central en todos los sistemas de atención tiene que ver con la enfermedad. Es importante recordar además que determinados padecimientos son inducidos por el propio curador, como en el caso de la brujería practicada en contextos africanos y latinoamericanos, pero también en el caso de la biomedicina a través de los episodios de iatrogenia negativa.

determinado, lo cual sería difícil de obtener -por muy diversas razones- si partimos inicialmente de los curadores, o inclusive de la relación curador-paciente centrada en un solo tipo de curador.

Pero, además, a través de los individuos y conjuntos sociales podemos observar el uso articulado de los saberes y formas que utilizan y no los usos excluyentes (Menéndez 1997). Si partiéramos del punto de vista de cada curador, de cada saber, lo más previsible sería que terminaríamos por ignorar o excluir a los otros saberes o, si acaso por caer en un reconocimiento crítico y frecuentemente estigmatizado de los mismos, así como la tendencia a focalizar la descripción en el saber específico que cada curador representa. Si bien es a través de las perspectivas y de las prácticas de los diferentes actores significativos como podemos detectar la variedad de articulaciones generadas en torno a los padecimientos que éstos experimentan, sólo a través de los "pacientes" podemos registrar la variedad de formas de atención que utilizan y articulan con el objetivo de reducir o solucionar sus problemas de salud.

Considero que si el sector salud quiere conocer o implementar el sistema de atención real que utilizan los individuos y los conjuntos sociales, debería identificar, describir y analizar las diferentes formas y saberes que los individuos y los conjuntos sociales manejan respecto de la variedad de padeceres reales e imaginarios que reconocen como factores que afectan a su salud. Naturalmente, esto no supone restringir la identificación de los padeceres ni de los saberes y formas sólo a los reconocidos por individuos y conjuntos sociales, sino que éste es el punto de partida para establecer la existencia de los diferentes saberes y formas de atención que los grupos reconocen y que, sobre todo, utilizan.

Aclaro que si bien propongo metodológicamente iniciar la descripción por los saberes y experiencias de los individuos y grupos que padecen un problema determinado, ello por sí sólo no asegura la detección de los diferentes saberes y formas utilizados si no existe una clara opción metodológica de observarlos.

Como sabemos, la mayoría de los estudios antropológicos sobre los procesos de salud/enfermedad/atención (de ahora en adelante proceso s/e/a) que ocurrían en los grupos étnicos americanos, no incluía la atención biomédica ni el uso de productos relacionados con el saber biomédico por parte de esos grupos, pese al constante incremento de su uso, ya que lo que interesaba a los antropólogos era el estudio de las formas y saberes tradicionales y no dar cuenta del conjunto y la variedad de las prácticas y representaciones utilizadas por los grupos étnicos para atender y dar solución a sus problemas de salud.

Por eso subrayo la opción metodológica de no sólo incluir a los diferentes actores significativos, sino de trabajar con las diversas representaciones y prácticas que los individuos y grupos utilizan en relación al proceso s/e/a. Esta aproximación implica identificar y construir los perfiles epidemiológicos y las estrategias de atención que desarrollan y utilizan los diferentes actores sociales involucrados, y especialmente el personal biomédico, los curadores tradicionales, los curadores alternativos y los diversos grupos sociales "legos", lo cual posibilitaría observar las características de los diferentes perfiles adoptados, así como las convergencias y divergencias. Este tipo de aproximación, que aplicamos particularmente en el estudio de comunidades rurales y urbanas de Yucatán (Menéndez 1981) y de Guanajuato (Menéndez 1984), contribuiría a desarrollar una epidemiología {epistemología ¿?} de los saberes -incluidos los comportamientos- respecto de los procesos de s/e/a, que ayudaría a comprender la racionalidad de las acciones desarrolladas por los individuos y grupos sociales, como también la racionalidad de los diferentes tipos de curadores, lo cual allanaría el camino para desarrollar estrategias que articulen y utilicen dichos saberes.

Los procesos sociales, económicos y culturales facilitan el desarrollo de diferentes formas de atención a partir de las necesidades y posibilidades de los diversos individuos y conjuntos sociales. Y al señalar esto pienso tanto en las estrategias de su-

pervivencia desarrolladas por personas en situación de marginalidad y extrema pobreza -o que están cayendo en situación de pobreza- como en individuos que, en su búsqueda de una especie de eterna juventud frecuentemente homologada a la salud, encuentran en ciertas prácticas y/o sustancias la posibilidad imaginaria y momentánea de lograrla. Del mismo modo, también pienso en la adhesión de otros grupos a prácticas religiosas que proporcionarían al individuo un "equilibrio" psicobiológico que va más allá del ámbito inmediato de la enfermedad que padece.

Las carencias económicas, la existencia de enfermedades incurables -o si se prefiere todavía no curables-, así como la búsqueda de soluciones a males existenciales conducen a la búsqueda y a menudo a la creación o resignificación de las formas de atención.

Frente a determinados tipos de "alcoholismo" para los cuales la biomedicina tiene una eficacia limitada, los propios conjuntos sociales han desarrollado grupos de autoayuda, como Alcohólicos Anónimos, forma de atención que evidencia una mayor eficacia comparativa con cualquier otro tipo de atención específica respecto de este problema, al menos en ciertos contextos. Pero existen grupos que han creado otras estrategias frente al "alcoholismo", como, por ejemplo, los "juramentos a la Virgen" en el caso de México, o el uso de la brujería en el suroeste de los EE UU (Trotter y Chavira 1981), que también presentan resultados en el control del consumo patológico del alcohol y en la disminución de los daños ocasionados por dicho consumo.

Partiendo de los comportamientos de los individuos y grupos respecto de sus padeceres -y cuando propongo esto pienso en conjuntos sociales estratificados y/o diferenciados a través de condiciones ocupacionales, económicas, étnicas, religiosas, de género, etc., que operan en diferentes contextos latinoamericanos-, encontramos que los mismos utilizarían potencialmente los siguientes saberes y formas de atención:

- Saberes y formas de atención de tipo biomédico implementados por médicos y personal paramédico que trabajan en los tres niveles de atención respecto de padecimientos físicos y mentales, y que incluyen saberes preventivos de tipo biomédico. Dentro de la atención biomédica pueden reconocerse formas antiguas -y comparativamente marginales- como son la medicina natu-rista, la balneoterapia o la homeopatía. También deben incluirse las diferentes formas de psicoterapia individual, grupal y comunitaria gestadas por lo menos en parte desde la biomedicina.
- Saberes y formas de atención de tipo "popular" y "tradicional" expresados a través de curadores especializados como hueseros, culebreros, brujos, curanderos, parteras empíricas, espiritistas, yerberos, chamanes, etc. Aquí debe incluirse el papel curativo de ciertos santos o figuras religiosas tanto cristianas como de otros cultos, así como el desarrollo de actividades curativas por parte de grupos religiosos como los pentecostales o los carismáticos.
- Saberes y formas de atención alternativos, paralelos o *new age*, que incluyen a sanadores, bioenergéticos, nuevas religiones curativas de tipo comunitario, etc.
- Saberes y formas de atención derivados de otras tradiciones médicas académicas: acupuntura, medicina ayurvédica, medicina china, etc.
- Saberes y formas de autoatención que se manifiestan a través de dos tipos básicos:
 - las centradas en los grupos primarios "naturales", especialmente en el grupo doméstico, y
 - las organizadas en términos de grupos de autoayuda referidos a padecimientos específicos: Alcohólicos Anónimos, Neuróticos Anónimos, Clubes de Diabéticos, padres de niños con síndrome de Down, etc.

Esta clasificación podría ampliarse o modificarse, según otros autores y objetivos, pero queremos subrayar que no las consideramos como formas estáticas y aisladas cada una en sí misma, sino que

asumimos la existencia de un proceso dinámico entre los diferentes saberes y formas de atención. Es decir que estos operan de manera específica o a través de la articulación con otras formas y saberes.

Dicha dinámica opera al menos en dos niveles: el que se refiere a las relaciones establecidas entre las diversas formas de atención a través de sus diferentes operadores -y así vemos cómo la biomedicina se apropia, en determinados contextos, de la acupuntura o de la quiropráctica, y en otros retorna la tradición herbolaria o incluye grupos de tipo de Neuróticos Anónimos como parte de los tratamientos-. De este modo se genera alguna modalidad de articulación entre diferentes formas de atención, inclusive entre algunas que en determinados momentos aparecían como antagónicas, concretamente en el caso de la actitud biomédica inicial en América Latina hacia los grupos de Alcohólicos Anónimos⁴.

El otro nivel se refiere a la integración de dos o más saberes y formas de atención por individuos y grupos que sufren algún padecimiento -lo que se puede constatar sobre todo a través de la denominada carrera del enfermo-, y añadimos que este tipo de articulación representa el caso más frecuente, dinámico y difundido.

Naturalmente, otras fuerzas sociales operan en este proceso de relación entre los diferentes saberes y formas de atención, como es el caso de ciertas organizaciones no gubernamentales (ONG) en el campo de la salud reproductiva o el de la propia industria químico-farmacéutica que promocionan cada vez más los medicamentos de origen herbolario. Pero, desde nuestro punto de vista, son las actividades impulsadas por los individuos y grupos sociales las

que generan la mayoría de las articulaciones entre los diferentes saberes y formas de atención a través de sus usos, y superando frecuentemente la supuesta o real diferencia o incompatibilidad que pueda existir entre ellos, dado que dichas incompatibilidades y diferencias resultan relegadas a un segundo plano por la búsqueda de una solución pragmática a sus problemas de salud⁵.

Aunque, como ya señalé, algunas articulaciones surgen de los propios terapeutas, éstos tratan de mantener su propia identidad como tales y, desde esa perspectiva, la articulación se manifiesta a través de una apropiación de técnicas pero tratando al mismo tiempo de mantener la diferencia, hegemonía y/o exclusión al seguir proponiendo su propia forma de curar como la más idónea. Esta manera de actuar es la predominante en la biomedicina, que si bien constituye la forma de atención más dinámica y en expansión dentro de un mercado competitivo de saberes, dicho proceso no se reduce a la dimensión económica, sino que incluye aspectos ideológicos, sociales y técnicos relacionados con el mantenimiento y el desarrollo de la identidad profesional y de su hegemonía.

Podemos constatar este proceso en uno de los campos menos legitimados dentro del saber biomédico, es decir, el referido a la salud mental, que actualmente se caracteriza por una actitud profesional ecléctica según la cual, y en función del objetivo terapéutico, la psiquiatría utilizaría todas aquellas estrategias y orientaciones biomédicas que demuestren cierto grado de eficacia, pasando por tanto a segundo plano la fundamentación teórica de los rasgos diferenciales de cada una de ellas. El pragmatismo psiquiátrico, expresado especialmente a partir del

4 En la mayoría de los países europeos y americanos la biomedicina y el Sector Salud rechazaron o marginaron inicialmente en forma tácita o explícita a los grupos de Alcohólicos Anónimos (AA). En el caso de América Latina, epidemiólogos y psiquiatras sostenían que dichos grupos de autoayuda no se expandirían a nivel regional por razones culturales, especialmente de tipo religioso. Sin embargo, a partir de los años sesenta, y sobre todo de los setenta, asistimos a una notable expansión de estos grupos. En este marco, Honduras y México figuran entre los países que tienen una mayor proporción de grupos de AA en todo el mundo.

5 Esto no niega que haya diferencias significativas entre las distintas formas de pensar y actuar sobre el proceso s/e/a, pero sólo a través de las prácticas podremos evidenciar si realmente existen dichas diferencias así como también el uso articulado de éstas. Dichas articulaciones se desarrollan por medio de diferentes dinámicas transaccionales y casi siempre dentro de relaciones de hegemonía-subalternidad (Menéndez 1981 y 1983).

*DSM 111 R*⁶, se impondrá cada vez más, sobre todo en las instituciones oficiales.

Pero debemos reconocer que apenas una pequeña parte de la *psiquiatría* –y subrayo lo de *psiquiatría*– recurre a formas de atención desarrolladas desde perspectivas no médicas, ya que el eclecticismo se reduce a las diferentes técnicas desarrolladas desde la biomedicina y campos afines. Naturalmente, no negamos la existencia de numerosas experiencias que han incluido desde técnicas chamánicas hasta rituales sociales urbanos, pero ésta no ha sido la línea dominante –especialmente en el caso mexicano– de la psiquiatría privada ni de la que opera en las instituciones médicas oficiales.

Podemos constatar la apropiación y el eclecticismo no sólo a través de la biomedicina, sino también en el caso de las otras formas de atención. En América Latina se verifica un proceso permanente en cuyo marco muchos de los sanadores populares y tradicionales, además de prescribir y/o aplicar sus tratamientos tradicionales, recetan también antibióticos o vitaminas como parte de su forma de atención (Press 1975). En el caso de las parteras llamadas empíricas observamos la utilización de técnicas de inducción del parto de tipo biomédico desde al menos la década de los años setenta.

Este proceso de apropiación obedece a varias dinámicas, entre las cuales destaco dos: la desarrollada a partir de los propios sanadores en busca de mayor eficacia, lo que conduce en determinados casos a que los medicamentos producidos por la industria químico-farmacéutica sean incluidos y usados dentro de concepciones culturales tradicionales como ocurre, por ejemplo, con la oposición y complementación ritual entre lo *frío* y lo *caliente*, aplicado al uso de la aspirina, la penicilina o el Alka-Selzer en numerosos grupos étnicos mexicanos.

Y la otra es la impulsada por el sector salud a través de los programas de atención primaria. Por ejem-

plo, cuando menos desde el decenio de 1940, el propio sector salud mexicano enseñó a personas de las comunidades rurales a aplicar inyecciones, dado que no existían recursos humanos locales previamente formados para hacerlo. Pues bien, resulta que muchos de los individuos que recibieron esta capacitación eran terapeutas tradicionales. Fue el Sector Salud el que adiestró a parteras empíricas que terminarían por aplicar una *síntesis* de elementos tradicionales y biomédicos; fue el Sector Salud el que enseñó a individuos de las comunidades a extirpar nódulos de personas con oncocercosis y el que seleccionó a miembros de la comunidad como agentes de salud. Fue el Sector Salud, junto con un número cada vez mayor de organizaciones no gubernamentales (ONG), el que formó y sigue formando en la actualidad a cientos de promotores de salud que suelen utilizar una combinación de técnicas populares y biomédicas, pero en la mayoría de los casos impulsados desde objetivos, concepciones y prácticas biomédicas.

Este proceso complejo, dinámico y diferenciado es claramente perceptible sobre todo si lo registramos a través de las acciones de los individuos y grupos sociales, dado que desde la perspectiva de las diferentes formas de atención –no sólo las de la biomedicina– registraríamos *apenas una* fracción de dichas formas de atención, en la mayoría de los casos de manera aislada y sin considerar sus relaciones mutuas.

Desde los diferentes saberes y formas de atención, y especialmente desde el saber biomédico y sus instituciones asociadas, se tiende a reconocer sólo algunos saberes y formas, ignorando a menudo las actividades curativas *más distantes*. Pero además, existe la *tendencia* a generar una visión estigmatizada y excluyente de al menos algunas formas y saberes, reafirmando en la idea de que la eficacia, la eficiencia y la legitimidad corresponden exclusivamente al propio saber biomédico.

6 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), publicado por la American Psychiatric Association, establece criterios para el diagnóstico de trastornos mentales. En 1987 se publicó el DSM 111 R, que es una revisión de la tercera versión del manual. (Nota del editor.)

Insisto en que este proceso también ocurre con los otros saberes y formas de atención que fundamentan su legitimidad e identidad, no en la racionalidad científica, sino en una base religiosa o étnica, proponiendo una eficacia comparativa inherente al uso exclusivo de estas dimensiones.

Si situamos el eje en los diferentes conjuntos sociales aplicando los criterios señalados previamente, no sólo registraremos todos o cuando menos la mayoría de los saberes y las formas que se usan realmente, sino que evitaremos caer en una visión unilateral de los saberes y las formas que fundamentan su pretendida exclusividad en lo científico, lo religioso o lo étnico, dado que las percibimos a través de los múltiples puntos de vista que operan en una comunidad, y que comprenden las perspectivas diferenciadas de los distintos individuos y grupos sociales, incluidos los diversos tipos de sanadores.

Pero el aspecto central, que desarrollaremos más adelante, es que los individuos y los grupos sociales constituyen el agente que no sólo usa los diferentes saberes y formas de atención, sintetizándolos, articulándolos, combinándolos o yuxtaponiéndolos, sino que son el agente que reconfigura y organiza estos saberes y formas en términos de "autoatención". En efecto, además de ser la forma de atención más constante y frecuente, la autoatención constituye también el principal núcleo de articulación práctica de los diferentes saberes y formas de atención, la mayoría de los cuales no puede funcionar plenamente si no se articula con el proceso de autoatención. Esta constatación es obvia, pero tiende a ser soslayada -cuando no totalmente excluida- del análisis de los servicios de salud. Una cosa es hablar de convalecencia y otra asumir que el papel decisivo en las actividades de convalecencia corresponde al individuo y su grupo a través de acciones de autoatención (Smith 1982).

En varios estudios realizados en diferentes escenarios del contexto mexicano se describe cómo durante la carrera del enfermo los individuos de-

mandan inicialmente un tipo de atención en función del diagnóstico presuntivo que manejan y de otros factores como la accesibilidad física y económica a las diferentes formas de **atención** que operan en su contexto de vida. Pero si la primera atención no resulta eficaz la reemplazan rápidamente por la atención de otro tipo de curador, implicando este cambio una transformación en el diagnóstico y tratamiento. El proceso puede agotarse en esta segunda instancia o dar lugar a la demanda de otras formas de atención, que puede traducirse en una nueva demanda de atención a los primeros curadores consultados. Este itinerario no responde únicamente al pragmatismo o a la urgencia de los grupos, sino que se ve impulsado porque los principales indicadores diagnósticos que manejan los grupos -pero también los curadores de distinto tipo- permiten que a través de los mismos indicadores se diagnostique, por ejemplo, gastroenteritis o empacho, posibilitando una articulación práctico-ideológica entre las diferentes formas de atención y estableciendo una conexión entre las mismas a través de la carrera del enfermo (Menéndez 1984 y 1990a, Osorio 1994 y Peña 2006).

Este tipo de aproximación epidemiológica }epistemológica ¿?} -que denominamos sociocultural- posibilitaría además observar cuáles son las formas de atención más usadas y las que tienen mayor eficacia para eliminar, controlar o disminuir determinados daños en términos reales o imaginarios. De manera similar, podríamos registrar cuáles son los factores de tipo económico, técnico o ideológico que obstaculizan o facilitan la articulación de las diferentes formas de atención a través de las prácticas cotidianas de los conjuntos sociales.

Pero no voy a desarrollar aquí el análisis integral de los diferentes saberes y formas de atención, sino que a modo de ejemplo me concentraré en los que consideramos los dos saberes dominantes de atención a los padecimientos en un contexto como el mexicano actual', es decir la biomédica y la au-

⁷ Por supuesto que en estos contextos encontraremos distintas formas de articulación entre biomedicina y autoatención, en función de las características socioeconómicas, étnicas, religiosas, etc. de los diferentes individuos y grupos sociales.

toatención. Para tal efecto, primero describiré algunas características básicas del saber biomédico, haciendo hincapié en aquellas que entorpecen una mayor y más eficaz articulación con la autoatención, y luego haré lo mismo con la autoatención, para concluir proponiendo algunos mecanismos de articulación posibles.

La biomedicina: **algunos rasgos y limitaciones**

En principio recordemos que la biomedicina en tanto institución y profesión se caracteriza por su constante aunque intermitente modificación y evolución y no por su inmovilidad, y cuando señalo esto no me refiero sólo a cambios técnicos y científicos, sino a cambios en sus formas dominantes de organizarse e intervenir tanto en el aspecto técnico como en el económico, el social y el profesional. Por lo cual el análisis que estamos realizando en este texto no se refiere a la biomedicina que se practicaba en 1850, en 1920 ó en 1950, sino a las tendencias que se desarrollan desde las décadas de 1960 y 1970 hasta la actualidad.

Subrayo que, desde ciertas miradas ahistóricas, estos cambios –o al menos algunos de ellos– suelen ser leídos en términos de crisis, generando en casos específicos la idea de que la biomedicina estaría en una situación de crisis permanente. Más aún, según algunos autores estaríamos asistiendo a un derrumbamiento de la misma, augurándose su reemplazo más o menos inmediato por determinadas formas de atención "alternativas". Otras tendencias, por el contrario, están en una suerte de exitismo cientificista, que sólo concibe el cambio en términos de progreso técnico prácticamente ilimitado, pero que muestra escasa sensibilidad para detectar y explicar los cambios institucionales, culturales y económico-políticos que indudablemente están afectando el saber médico.

Me limito simplemente a señalar estas propuestas pero sin analizarlas, ya que lo que busco es, por

una parte, subrayar que los cambios y modificaciones no tienen que ver necesariamente con crisis, desmoronamientos ni con progresos tecnológicos, y por otra que uno de los aspectos más significativos que observamos tiene que ver con el constante proceso de expansión de la biomedicina.

En los países desarrollados y subdesarrollados denominados 'occidentales', y pese a la difusión de medicinas paralelas y alternativas, la forma de atención que más se expande directa o indirectamente después de la autoatención, es la biomédica. Pero además, si bien en algunos países occidentales se están estableciendo y desarrollando actividades correspondientes a otras tradiciones médicas académicas, en los países que han originado dichas tradiciones como Japón, India o China está expandiéndose e inclusive pasando a ser hegemónica la biomedicina, subalternizando y/o desplazando a las medicinas académicas locales.

Distintos hechos evidencian dicha hegemonía, siendo el más notorio el que la biomedicina sea la única forma de atención que ha conseguido organizar una institución internacional a la que se adhieren oficialmente la mayoría de los países del mundo actual como por ejemplo la Organización Mundial de la Salud (OMS), que además cuenta con filiales en todos los continentes como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el caso de América. Proceso que no seda en ninguna otra forma de atención a la enfermedad. Este es un hecho tan obvio que ni siquiera se reflexiona sobre él en términos del papel hegemónico que cumple y expresa.

Más allá de la cualidad científica y de la eficacia que pueda tener, debemos asumir que la biomedicina y la expansión biomédica constituye una de las principales expresiones sociales e ideológicas de la expansión capitalista o, si se prefiere, de "Occidente", frecuentemente en términos de hegemonía-subalternidad.

Es el conjunto de estos procesos -que alcanza su manifestación más notoria en la expansión del consumo de medicamentos producidos por la indus-

tria químico-farmacéutica- el que respalda nuestras interpretaciones. En países como México, dicha industria, en forma directa o a través del sector salud, ha conseguido colocar algunos de sus productos en los lugares más remotos y aislados del territorio nacional como parte de las actuales estrategias de atención de los diversos grupos étnicos mexicanos. Justamente a través de los medicamentos observamos una constante expansión de la biomedicina en países pertenecientes a otras tradiciones culturales como son la mayoría de los países africanos y asiáticos.

Pese al carácter evidente de esta tendencia, se alega la pérdida de importancia de la biomedicina a través de diferentes argumentos. Aunque la principal causa de este supuesto declive sería la expansión de las denominadas medicinas alternativas, otros lo atribuyen a la ineficacia de la biomedicina, especialmente en campos como el de la salud mental, dado que en varios países occidentales se observa no sólo una reducida eficacia biomédica para toda una serie de padecimientos mentales, sino también un constante descenso en el número absoluto y en el porcentaje de los psiquiatras en el cuerpo médico. Y así, por ejemplo, desde hace unos veinte años decrece constantemente en los EE UU el número de estudiantes de medicina que eligen la orientación psiquiátrica, mientras en el caso de México disminuye constantemente el porcentaje de psiquiatras por habitante. Pero estos argumentos son muy débiles comparados con los que evidencian la constante expansión del enfoque biomédico.

Lo señalado no niega el hecho de que existan situaciones conflictivas y desarrollos de saberes y formas de atención alternativos que reemplazan parcialmente o complementan a la biomedicina. Asimismo, surgen críticas muy diversas frente a las características y funcionamiento de la biomedicina, al extremo de haber conducido en diferentes momentos a plantear que el saber biomédico y las instituciones asociadas se encontraban en crisis. Pero hasta ahora la biomedicina ha encontrado siempre "soluciones" que siguen asegurando su expansión.

Posiblemente la mayor crisis que haya atravesado la biomedicina, al menos en opinión de los críticos, se habría dado entre mediados de los años sesenta y fines de los años setenta del siglo XX. Como ya lo dijimos, las críticas apuntaban a la pérdida de eficacia de la biomedicina, pero también al afianzamiento de una relación médico-paciente que no sólo negaba la subjetividad del paciente sino que incrementaba la ineficacia curativa. También se señalaba el desarrollo de una biomedicina excesivamente orientada al aspecto curativo y casi indiferente al aspecto preventivo, además del incremento constante del costo económico de la atención de la enfermedad, las numerosas situaciones en las se registraban transgresiones a la ética médica, etc. Varias de estas críticas están en la base de las propuestas de Atención Primaria Integral desarrolladas desde el decenio de 1960, pero que luego de un primer impacto redujeron las expectativas de sus propuestas, a medida que amainaban las críticas.

Sin embargo, en los años ochenta, y sobre todo en los noventa, reaparecen las críticas -aunque tal vez con menor carga ideológica que en los años sesenta- denunciando nuevamente la ineficacia de la biomedicina puesta en evidencia por el retorno de la morbilidad asociada a la tuberculosis broncopulmonar, al cólera o al dengue, y de manera dramática a la fulminante expansión del VIH/sida. Pero también contribuyeron al descrédito del modelo factores como la incapacidad de la biomedicina para curar la mayoría de las enfermedades crónicas (pues hasta ahora sólo es posible controlarlas), así como el incremento constante de la desnutrición (no sólo en países pobres y subdesarrollados), en la persistencia de problemas éticos, y en una amplia gama de aspectos de los diferentes procesos de s/e/a. Gran parte de estas críticas durante los dos periodos señalados se concentran en ciertas características del saber biomédico, y especialmente en su biologicismo excluyente.

No obstante, la ola de críticas está perdiendo fuerza una vez más, aunque su eje estructurador se mantiene centrado en el biologicismo excesivo de

la manera de pensar y actuar biomédica. La biomedicina sigue depositando sus expectativas en el desarrollo de una investigación biomédica que dé lugar al surgimiento de explicaciones biológicas sobre la causalidad de los principales padecimientos, así como de soluciones basadas en la producción de fármacos específicos, además de una constante biologización de las representaciones sociales del proceso s/e/a (Menéndez 2001 y 2002).

Más allá de críticas y crisis, lo que constatamos es una continua expansión de la biomedicina que afecta su relación con las otras formas de atención, entorpeciendo a la vez el desarrollo de estas últimas. Dicha expansión se caracteriza por un proceso de continuidad-discontinuidad, en el que la continuidad estaría dada por el constante aunque intermitente desarrollo basado en la investigación biomédica y en su eficacia comparativa; en la producción farmacológica y en la medicalización, no sólo de los padeceres, sino también de los comportamientos; en la discontinuidad por las orientaciones críticas surgidas dentro de la propia biomedicina y fuera de ella, así como por las actividades y representaciones impulsadas por las formas de atención alternativas y especialmente por las prácticas de los diferentes conjuntos sociales para asegurar la atención y solución real o imaginaria de sus padecimientos.

Esta expansión se basa en un conjunto de procesos que se potencian mutuamente. El primero es el constante apoyo de los sectores privado y estatal a la biomedicina; más allá del porcentaje del producto interno bruto que los gobiernos de cada país invierten en el sector salud, lo relevante es el hecho de que tales inversiones se destinan en su totalidad o casi totalidad a la biomedicina. Se trata de un hecho tan obvio que incluso lo asumimos como algo normal y natural, pero que supone que, salvo excepciones, el resto de los saberes y formas de atención, al menos en los países occidentales, no cuentan con la legitimación y, sobre todo, que carezcan del apoyo económico y político oficial. De manera similar, debemos explicitar que prácti-

camente la totalidad de las inversiones privadas se canalizan también a la biomedicina. Estas inversiones se traducirán en la ampliación de la cobertura de atención, en las campañas de prevención, en el número de camas de hospitalización, así como en la producción y consumo de productos biomédicos, especialmente los medicamentos elaborados por la industria químico-farmacéutica.

El segundo proceso hace referencia a la creciente demanda de atención biomédica, y aunque no lo vamos a describir, debe quedar claro que dicha demanda crece en todos los estratos sociales a través de un mecanismo que articula los objetivos e intereses empresariales y estatales, por una parte, y los de los individuos y conjuntos sociales, por otra. Más aún, crece en la mayoría de los grupos étnicos originarios.

Pero la expansión opera además a través de lo que se denomina proceso de medicalización, el cual implica etiquetar como enfermedad toda una serie de episodios vitales que son parte de los comportamientos de la vida cotidiana de los individuos, y que pasan a ser explicados y tratados como enfermedades cuando previamente sólo eran incidencias en la vida de cualquier ciudadano. Este proceso implica no sólo que los individuos y grupos vayan asumiendo dichos sucesos en términos de enfermedad -y no de lo que tradicionalmente han sido, es decir conflictos y padeceres-, sino que pasen a explicarlos y atenderlos, en gran medida, a través de técnicas y concepciones biomédicas.

Esta tendencia alcanza tal magnitud que ni siquiera el conjunto de conceptos que potencialmente supondrían la inclusión de las dimensiones sociales y culturales en la explicación e intervención respecto de los procesos de s/e/a -como es el caso de los denominados "eventos críticos"- ha logrado escapar a la biomedicalización.

Esta medicalización supone no sólo convertir en problema de salud determinadas situaciones cotidianas -como es el caso de la hiperkinesia infantil o trastornos de atención (Conrad 1976 y Conrad

y Schneider 1980)-, sino convertir en problema quirúrgico la situación de parto a través de la generalización de la cesárea en países como México (Cárdenas 2000 y Puentes Rosa *et al.* 2002), donde no sólo un alto porcentaje de los partos en las instituciones oficiales y privadas se hacen a través de cesáreas innecesarias, sino que esta tendencia se incrementa constantemente.

Si bien respecto del proceso de medicalización se ha impuesto actualmente una concepción menos unilateral y mecanicista que la predominante en los años sesenta y setenta, que llevó a determinados autores al extremo de negar dicho proceso, en la actualidad nadie duda de que el mismo no sólo existió sino que sigue vigente. Lo que las investigaciones y reflexiones actuales han cuestionado es la visión omnipotente y unilateral con la que se ha tomado -y todavía se toma- a la mayoría de estos procesos. En ese marco, la biomedicina podía imponer a los individuos y grupos, prácticamente sin modificaciones ni oposiciones, sus maneras de explicar y atender los padeceres.

Considero que la descripción y análisis de los procesos de medicalización en términos de hegemonía-subalternidad permite reducir o directamente eliminar la tendencia a pensar la medicalización exclusivamente a partir de la biomedicina, del "poder médico". La inclusión de las transacciones sociales que operan entre los sectores hegemónicos y subalternos, en la medida en que pensemos no sólo en términos de hegemonía-subalternidad, sino también en términos de contrahegemonía, hace posible tomar en cuenta el papel de los sectores subalternos (Menéndez 1981).

Éstos son algunos de los procesos y tendencias que operan en las relaciones de la biomedicina con

los otros saberes y formas de atención; siendo especialmente en la actualidad la medicina alopática la que establece las condiciones técnicas, sociales e ideológicas dentro de las cuales se desarrollan las relaciones con los otros saberes.

La biomedicina actual se caracteriza por una serie de rasgos técnicos, profesionales, ocupacionales, sociales e ideológicos que hemos descrito y analizado en varios trabajos (Menéndez 1978, 1979, 1981, 1983, 1984 y 1990a; Menéndez y Di Pardo 1996 y 2003), y que expresan la orientación dominante de la medicina alopática, así como las características y funciones a través de las cuales trata de imponer y mantener su hegemonía y particularmente su uso.

Si bien he descrito y analizado la biomedicina en términos de formas de atención y de saber, debo subrayar que, en función de varios objetivos metodológicos que he desarrollado en varios trabajos, decidí trabajar además con el concepto de modelo. Desde principios de la década de 1970 comencé a elaborar mi propuesta de modelos médicos, y especialmente de lo que denominé Modelo Médico Hegemónico (MMH)⁸, respecto del cual he identificado, descrito y analizado unas treinta características estructurales⁹, de las que sólo comentaré algunas que nos permitan observar ciertas tendencias relevantes para el estudio de las relaciones de la biomedicina con las formas alternativas de autoatención de los padecimientos.

Coincidiendo con la mayoría de los analistas del saber biomédico, considero que el primer rasgo estructural dominante de la biomedicina es el biologicismo, al menos en el ámbito ideológico/técnico, dado que es el factor que no sólo remite a la fundamentación científica del diagnóstico y del

8 Cuando hablo de Modelo Médico Hegemónico referido a la medicina alopática, lo hago en términos de una construcción metodológica **manejada en un alto nivel de abstracción, de manera que, como todo modelo, constituye un instrumento para la indagación de la realidad**, pero no constituye la realidad en sí (Menéndez 1990a).

9 He agrupado las características del MMH en siete bloques: a) concepciones teórico-ideológicas dominantes (división cuerpo-alma, biologicismo, evolucionismo, énfasis en lo patológico, individualismo); b) exclusiones (ahistoricidad, asocialidad, aculturalidad, exclusión del sujeto), e) relación instituciones médicas-paciente (asimetría, exclusión del saber del paciente, el paciente como construcción, medicalización **de los comportamientos**), d) **el trabajo médico (dominio del trabajo clínico asistencial, diagnóstico y tratamiento basados en la eliminación del síntoma, concepción de la enfermedad como ruptura y desviación)**; e) pragmatismo médico; f) autonomía médica (profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica) y g) la enfermedad y la salud como mercancías.

tratamiento, sino que constituye el principal criterio de diferenciación con las otras formas de atención. Aunque el saber biomédico, especialmente en algunas de sus especialidades y orientaciones, toma en cuenta los aspectos psicológicos y sociales de los padecimientos, la biomedicina en tanto institución tiende a subordinarlos o excluirlos respecto de la dimensión biológica.

La dimensión biológica no es meramente un principio de identificación y diferenciación profesional, sino que constituye el núcleo de la formación profesional del médico. El aprendizaje de la biomedicina se desarrolla a partir de contenidos biológicos, donde los procesos sociales, culturales y psicológicos quedan reducidos al plano anecdótico, y donde no hay información sistemática sobre otras formas de atención. Es de la investigación biológica, bioquímica y genética de donde la biomedicina deriva sus explicaciones y sus instrumentos de atención. Esta afirmación no ignora la importancia del trabajo médico clínico cotidiano, pero el mismo aparece como un campo aplicativo y subordinado al campo de investigación que es el que genera las explicaciones y el tipo de fármaco específico que deberán utilizar los clínicos. El paso a primer plano de la investigación genética en los últimos veinte años ha reforzado aún más esta tendencia.

Subrayo, para evitar equívocos, que al señalar el peso del biologicismo no ignoro obviamente sus aportes; ni tampoco niego el uso por parte del personal de salud de relaciones personales, incluida la dimensión psicológica, no sólo en la relación afectiva con el paciente, sino en la estrategia curativa y hasta diagnóstica. Pero tampoco conviene olvidar que estas habilidades personales aparecen como secundarias desde la perspectiva de la biomedicina en términos de institución y de formación profesional.

Más aún, en las últimas dos décadas, las autoridades académicas que dirigen las principales carreras de medicina en México han desarrollado un doble discurso, pues por una parte señalan la importancia de los procesos sociales, de las condiciones

económicas, de la prevención respecto de los procesos de s/e/a, y por otra impulsan en la práctica una formación unilateralmente técnica y excluyente que contradice sus manifestaciones verbales, dado que las escuelas de medicina que dirigen van a producir médicos incapaces de enfrentar en términos profesionales lo que dichas autoridades identifican como objetivos prioritarios.

Por tanto, el médico, salvo en el caso de una parte de los salubristas, carece de formación profesional respecto de los procesos socioculturales y económico-políticos que inciden en la causalidad y desarrollo de los padecimientos, por lo cual si le preocupan estos procesos sólo puede actuar a partir de sus habilidades personales, pero no de su formación profesional.

El biologicismo inherente a la ideología médica es uno de los principales factores de exclusión funcional de los procesos y aspectos históricos, sociales y culturales respecto del proceso s/e/a, así como de diferenciación de las otras formas de atención consideradas por la biomedicina como expresiones culturales no científicas y, en consecuencia, excluidas o cuando menos subalternizadas. Pero a su vez la dimensión biológica es la que mejor maneja el médico y la que posibilita su eficacia diferencial.

A partir de estas precisiones me interesa reflexionar sobre si el personal de salud, y especialmente el médico, considera los procesos culturales y económico-políticos como significativos para explicar la causalidad, evolución e intervención respecto de las enfermedades y, de ser significativos, ¿cómo los utilizaría en el marco de su actuación médico-clínica para contribuir a aliviar, controlar o curar el padecimiento?

Frente a esta interrogante debemos reconocer que en el nivel de la intervención la casi totalidad de los médicos dejan de lado dichos aspectos, aun reconociendo su importancia. En efecto: una cosa es reconocer que la situación de extrema pobreza y marginalidad inciden en la desnutrición, y otra poder operar considerando dichos factores a través de

la intervención clínica, más allá de un proceso de rehabilitación que a menudo no puede evitar la recidiva, a menos que se verifique un mejoramiento de las condiciones de vida y de alimentación generado por el desarrollo y distribución socioeconómicos, o por lo menos que existan programas de alimentación complementaria o de lucha contra la pobreza que incluyan acciones para combatir la desnutrición, pero no en términos episódicos, sino en el marco de una cierta continuidad en el tiempo.

Prácticamente ningún médico ignora esta situación, y aunque algunos de ellos puedan reconocer la importancia de factores como la extrema pobreza en el incremento y la prevalencia de problemas de salud, su manejo de estos aspectos en el plano técnico e institucional es, por decirlo suavemente, limitado, independientemente de si su formación profesional les permite tener una visión social de los problemas de salud. Más aún, en el caso de la práctica privada, especialmente en el contexto de las grandes corporaciones médicas, el manejo de estos aspectos sociales, económicos y culturales queda excluido. En el caso de las instituciones oficiales dependerá de la existencia de programas específicos, pero donde el trabajo médico sea exclusivamente clínico tampoco se manejan los factores y procesos señalados, por lo menos en el caso mexicano.

Podemos constatar la vigencia de esta orientación a través de los aspectos más decisivos del trabajo médico. Desde al menos el decenio de 1950 diferentes tendencias de la psicología, de la sociología, de la antropología y especialmente de la biomedicina vienen señalando la importancia de la relación médico-paciente para el diagnóstico y para el tratamiento, y en consecuencia la necesidad de mejorarla, de hacerla más simétrica, de tomar en cuenta no sólo la palabra del paciente sino sus referencias socioculturales, dado que las mismas tienden a ser excluidas por la mayoría de los médicos. De allí que parte del mejoramiento de la calidad de los servicios médicos resida justamente en la modificación de aspectos de la consulta. Una proporción considerable

de los médicos están conscientes de esta realidad, y plantean reiteradamente la necesidad de mejorar dicha relación, por ejemplo, asignando más tiempo a la palabra del paciente.

Dentro del campo antropológico ha surgido una corriente liderada por médicos de formación antropológica que desde los años setenta, y sobre todo desde los ochenta, vienen planteando no sólo la necesidad de que el médico permita al paciente narrar su enfermedad, sino que el facultativo aprenda a decodificar cultural y médicamente el significado de dichas narrativas. Esta propuesta tiene sus dos principales centros en las escuelas de medicina de Harvard y de Berkeley (Kleinman 1988a y 1988b, Good 1994), y que ha implicado el desarrollo de un programa especial de formación de médicos dentro de esta concepción (Good y Del Vecchio Good 1993).

Pero debemos recordar que, más allá de algunas particularidades, esta propuesta reitera lo señalado por diferentes corrientes antropológicas, y por supuesto biomédicas, desde al menos el decenio de 1920, y subrayo lo de reiteración, porque dicha propuesta opera más en el plano de la reflexión teórica, de las experiencias universitarias y de algunos grupos especiales que en el ámbito de los servicios de salud, los cuales -por lo menos en algunos aspectos significativos- suelen orientarse en un sentido inverso al recomendado por los que analizan y reflexionan sobre la relación médico-paciente y su papel dentro de los servicios de salud oficiales o privados.

El examen de sistemas de salud como el británico o el mexicano nos revela que pese a reconocer las críticas señaladas respecto de las características dominantes en la relación médico-paciente y la necesidad de revertir la orientación de los servicios de salud, lo que se da en los hechos es una tendencia a reducir cada vez más el tiempo de la relación médico-paciente y especialmente el tiempo concedido a la palabra del paciente. Es decir, se potencian la tendencia histórica de la biomedicina para establecer una relación asimétrica y las dinámicas institucionales actuales, que tienden a reforzar di-

cha orientación de la biomedicina más allá de los discursos y reflexiones de analistas médicos, de los científicos sociales y de las propias autoridades sanitarias. Así, por ejemplo, en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que da atención a cerca del 50% de la población mexicana, la media actual del tiempo de la segunda consulta y de las subsiguientes es de cinco minutos o menos") (Menéndez 1990b y 2000, Salas 1997).

La relación médico-paciente se caracteriza, especialmente en el primer nivel de atención pero también a nivel de especialidades, por la duración cada vez menor del tiempo de la consulta, por reducir cada vez más la palabra del paciente, pero también por reducir cada vez más la palabra del propio médico. En la mayoría de las instituciones médicas oficiales mexicanas ya no se llevan historias clínicas en el primer nivel de atención o han sido reducidas a registrar algunos datos económico-demográficos y algunas características del tratamiento -generalmente la enumeración de los tipos de fármacos y de las dosis prescritas- consignándose muy escasa información de carácter diagnóstico y de evolución del padecimiento.

La anamnesis médica casi ha desaparecido pese al reconocimiento técnico de su utilidad; y así, por ejemplo, varios de los principales especialistas en alcoholismo del ámbito mexicano e internacional como Velazco Fernández (1980, 1981), Edwards (1986, 1988) o Edwards y Ariff (1981) consideran decisiva la profundización de la indagación clínica, particularmente para el paciente con alcoholismo crónico y/o dependiente, proponiendo inclusive la necesidad de desarrollar en el médico habilidades clínicas y existenciales especiales. Sin embargo, reconocen que ya no es posible realizarlas, pese a subrayar, sobre todo en el caso de Edwards, que la misma es imprescindible para establecer un buen diagnóstico y orientar eficazmente el tratamiento.

Antes de seguir con este análisis, quiero aclarar que no estoy proponiendo ningún lamento por formas perdidas de "humanismo médico", sino señalar algunas tendencias actuales de la biomedicina que desarrollan aspectos contrarios o divergentes a los que las ciencias sociales, y sobre todo la propia biomedicina, consideran como óptimos en términos de la calidad de la atención.

Por tanto, constatamos la reducción del tiempo de la relación médico-paciente a través de la propia trayectoria histórica de la biomedicina, trayectoria que además indicaría que el médico ha ido abdicando cada vez más de su propia capacidad y posibilidad de detectar y analizar síntomas -y no sólo signos- respecto de los padecimientos, al referirlos cada vez más a indicadores objetivos. Actualmente la posibilidad de establecer diagnósticos y tratamientos no reside en el análisis de los síntomas, ni en los signos detectados por el "ojo" y la "mano" clínicos, sino en los signos presentados por los diferentes tipos de análisis, es decir, por pruebas objetivas, lo cual ha tenido consecuencias no sólo para la relación médico-paciente sino para la identificación profesional del médico consigo mismo (Reiser 1978).

La trayectoria de la biomedicina entre fines del siglo XIX y la actualidad se caracteriza por el paso de la hegemonía del síntoma focalizada en la palabra del paciente, a la hegemonía del signo expresada cada vez más unilateralmente por el peso de las "pruebas objetivas".

Subrayo, para evitar malas interpretaciones, que no niego ni rechazo la importancia de contar con indicadores diagnósticos objetivos, sino que estoy analizando las implicaciones que el desarrollo de determinados procesos puedan tener para la biomedicina, para la relación médico-paciente y para la autoidentificación profesional del médico, sobre los cuales no es posible una verdadera comprensión ni reflexión alguna si no se incluye la dimensión his-

10 Existen, por supuesto, orientaciones biomédicas que proponen otras formas de relación médico-paciente que posibilitan una mayor expresión de la palabra del paciente, pero que no desarrollaremos en este trabajo.

tórica que, sin embargo, aparece excluida frecuentemente de la reflexión y de la acción médica.

Y precisamente la ahistoricidad es otro de los rasgos básicos del saber médico. La exclusión de la dimensión histórica del saber médico asume características especiales si la referimos a lo que actualmente es el núcleo de la relación médico-paciente, es decir la prescripción del tratamiento, que en gran medida es la prescripción de medicamentos.

Desde la perspectiva que estamos desarrollando, la inclusión de la dimensión histórica permitiría aquilatar los beneficios de la prescripción de determinados fármacos para el tratamiento o control de determinados padecimientos, pero también los efectos negativos de los mismos, tanto en términos de un uso breve que evidencia una determinada eficacia, como en términos de un uso prolongado que revela el carácter momentáneo de dicha eficacia, o que su aplicación podría generar problemas mayores que los derivados de su no utilización. Estos procesos no están comprendidos dentro de la formación profesional ni en la práctica médica como aspectos reflexivos de su intervención, produciéndose un efecto curioso en la relación médico-paciente, de modo que el personal de salud suele achacar a la ignorancia, falta de educación o desidia de la población, lo que al menos en ciertos casos habría sido consecuencia de un determinado uso médico no convencional que la gente aprendió en forma directa o indirecta a través del propio personal de salud.

Una simple y no demasiado profunda indagación histórica permitiría constatar que algunas formas incorrectas de administrar los antibióticos -el disulfirán o el cloranfenicol-fueron introducidas y difundidas durante el periodo 1940-1960 por el propio personal de salud. De manera análoga, sería posible sacar a la luz las consecuencias desastrosas desencadenadas a partir del momento en que el amamantamiento con leche del seno materno fuera cuestionado por las instituciones médicas, inclusive por sus organizaciones internacionales, sobre todo por razones de higiene. Este hecho con-

tribuyó, junto con otros factores, a la sustitución de la leche materna por fórmulas lácteas artificiales durante las mismas décadas.

Además, como sabemos, el consumo de ciertas drogas psicotrópicas actualmente consideradas adictivas fue facilitado por tratamientos médicos que las administraban incluso a pacientes en la primera infancia. La prescripción excesiva de jarabes que contenían codeína, la expansión del consumo de ritalina y el uso indiscriminado de diazepam en instituciones médicas oficiales mexicanas no deberían considerarse como fenómenos aislados; tal vez guarden alguna relación con el incremento del consumo de sustancias adictivas.

La introducción de la dimensión histórica permitiría destacar la gran cantidad de éxitos farmacológicos puestos en marcha desde la biomedicina, pero también pondría en evidencia los innumerables ejemplos de usos incorrectos que la población aprendió directa o indirectamente de la intervención médica, entre ellos el de la polifarmacia. Aunque volveremos sobre este aspecto al hablar de la automedicación, me interesa subrayar la exclusión de la dimensión histórica porque dicha exclusión tiene varias consecuencias, entre ellas favorecer la omisión de los efectos negativos no sólo de la prescripción médica, sino de su notoria influencia en la generalización de la automedicación entre la población. Esta situación, insisto, no es un fenómeno del pasado, sino que sigue vigente, como lo corrobora el mal uso de antibióticos por parte del personal de salud en los tratamientos de gastroenteritis que se ha registrado reiteradamente a través de estudios realizados recientemente en países subdesarrollados y desarrollados.

Por último, y como ilustración privilegiada de lo que estamos señalando, la ahistoricidad permite pasar por alto uno de los procesos más estudiados por las ciencias sociales, por la psiquiatría crítica y, en menor medida, por la medicina social: no es otro que el denominado proceso de medicalización al que hacía referencia líneas arriba. Dicho pro-

ceso, primero a través de padecimientos psiquiátricos, y luego a partir de enfermedades crónico-degenerativas y de "violencias", ha demostrado -entre otras cosas- la capacidad de la biomedicina para construir (inventar) síndromes que dan lugar no sólo a la elaboración de criterios diagnósticos y de historias naturales de las enfermedades, sino a la propuesta de tratamientos basados fundamentalmente en el uso de medicamentos.

Como ya lo he señalado, los procesos de medicalización han sido intensamente estudiados desde el decenio de 1950 y especialmente desde los años sesenta hasta la actualidad, y a pesar de los diferentes énfasis que percibimos a lo largo de dicho periodo, casi todos coinciden en poner de manifiesto que determinadas enfermedades han sido construidas por el propio saber médico, o que cuando menos acentuaron rasgos de las mismas para justificar intervenciones por razones económicas, de control profesional o de control político.

Desde los trabajos de la corriente de la antipsiquiatría que plantearon "la manufactura de las enfermedades mentales" hasta la *disease mongering* actual, pasando por las internaciones psiquiátricas forzadas aplicadas en la extinta URSS, las intervenciones quirúrgicas innecesarias y los padecimientos inventados o hipertrofiados como la hiperkinesis infantil, constatamos la existencia de una línea dominante, que fue descrita no sólo por científicos sociales, sino en gran medida por médicos clínicos.

Durante el decenio de 1990 y los primeros años del nuevo milenio se han subrayado especialmente los aspectos económicos del proceso de medicalización, describiendo la patologización y la medicalización de comportamientos cotidianos, así como la transformación de factores de riesgo en cuasi enfermedades, que en ambos casos requieren de tratamientos específicos, fundamentalmente de tipo farmacológico.

En los años noventa se acuñó el término *disease mongering*, traducido al castellano como "tráfico de enfermedades inventadas" o "negocio

de enfermedades inventadas". Aunque este tipo de "enfermedades" fabricadas ha sido impulsado por la industria químico-farmacéutica, no cabe duda de que la biomedicina, tanto en el ámbito privado como en el estatal, desempeña un papel determinante en la legitimación, expansión y uso de la misma. Son médicos los que han "inventado" -o reorganizado- criterios diagnósticos e indicadores de riesgo, y son médicos los que diagnostican dichos padecimientos y prescriben medicamentos o intervenciones quirúrgicas específicos.

Como ya lo señalé, uno de los mecanismos más utilizados en la actualidad para medicalizar comportamientos es el de establecer umbrales de riesgo cada vez menores respecto de los niveles de glucosa o de colesterol, lo cual se traduce en la necesidad de prevenirlos a través de medicamentos en forma cada vez más temprana. Tales intervenciones no sólo pasan a formar parte de las prácticas privadas de atención, sino que también conforman la esencia de las políticas de las instituciones oficiales, como hemos podido constatarlo en México a través de las políticas y actividades preventivas aplicadas especialmente a partir de los años 2003 y 2004. Así, pacientes que hasta entonces no eran considerados diabéticos o con problemas cardíacos en función de los indicadores de riesgo que manejaba la biomedicina, siguen sin ser considerados "enfermos", pero se les recomienda preventivamente desarrollar ciertas conductas saludables y también utilizar determinados medicamentos.

El examen histórico de estos procesos de medicalización evidencia que los mismos generan construcciones profesionales "innecesarias" desde el punto de vista del paciente; que dichas propuestas y acciones son parte de los procesos de hegemonía-subalternidad que entran en juego a través de las instituciones biomédicas; y que tienen que ver con procesos económico-financieros en los cuales están coludidas las empresas químico-farmacéuticas, las corporaciones médicas empresariales y frecuentemente el Sector Salud. Pero, además, es necesario

describir y analizar tales procesos para poder entender las modalidades de autoatención -incluida la automedicación- que son usadas por los pacientes.

Quizá los aspectos más excluidos por la biomedicina sean los que corresponden al campo cultural. Aunque el personal de salud suele reconocer la relevancia de la pobreza, del nivel de ingresos, de la calidad de la vivienda o del acceso al agua potable como factores que inciden en el proceso s/e/a, en los últimos años ha disminuido la inclusión de los factores religiosos o de las creencias populares respecto del proceso s/e/a por parte de la biomedicina.

Si hace unos cuarenta o cincuenta años, la orientación salubrista reparaba en la importancia de los factores culturales generalmente como mecanismos negativos o como procesos que indicaban determinadas tendencias patologizantes en un grupo social concreto, en la actualidad dichos factores han sido cada vez más excluidos de las acciones prácticas. En los decenios de 1940, 1950 y 1960 una parte del salubrismo estimaba que ciertas creencias culturales podían oponerse a la expansión de la biomedicina, idea que hoy en día opera por ejemplo respecto de los programas de planificación familiar o respecto del uso de protección en las relaciones sexuales. Pero si en el periodo mencionado se pensaba en cómo modificar culturalmente los saberes populares, actualmente se piensa a través de qué mecanismos administrativos y médicos puede generarse esta modificación, para lo cual se proponen diferentes estrategias que van desde la estimulación económica al equipo de salud para elevar el número de mujeres "controladas" -que supone la aplicación de esterilizaciones femeninas y en menor medida masculinas, frecuentemente sin consentimiento informado-, pasando por la aplicación de programas contra la pobreza en los que la planificación familiar aparece como uno de los objetivos básicos para solucionarla o al menos para reducir algunas características consideradas simultáneamente como efecto/causa de la misma. Es decir que el equipo de salud o el de desarrollo social, más que actuar sobre las

condiciones culturales, opera a través de acciones médicas que incluyen el incentivo económico.

La dimensión cultural se utiliza cada vez menos, salvo frente a ciertos padecimientos, aunque conviene subrayar que se suele tomar más en cuenta los procesos sociales que los culturales, aun en el caso del VIH/sida o de las adicciones. En los decenios de 1950 y 1960 toda una corriente epidemiológica se preocupó por detectar y establecer cuáles eran los patrones culturales de consumo de las sustancias adictivas en América Latina, que en aquella época se centraban básicamente en el alcohol, a diferencia de las tendencias epidemiológicas actuales respecto de las adicciones -incluido el alcohol-, donde esta orientación ha desaparecido y no ha sido reemplazada por ninguna otra búsqueda de factores y procesos culturales.

Pero además observamos en el caso de México que al menos una parte de los epidemiólogos especializados en adicciones hablan de la importancia de los comportamientos culturales para la prevención de determinado problema, pero sin generar las investigaciones necesarias para obtener la información específica, y menos aún la aplicación de acciones de carácter cultural (Menéndez 1990b, Menéndez y Di Pardo 1996 y 2003).

Sin embargo, es importante subrayar que hace cuarenta años como en la actualidad, la biomedicina utilizó y utiliza la dimensión cultural, sobre todo para evidenciar aspectos negativos de la población. Tien- de a señalar cómo los factores culturales propician la expansión de padecimientos u obstaculizan las prácticas biomédicas que podrían combatirlos o al menos reducirlos. No obstante, no se incluyen las formas de atención "culturales" que podrían ser utilizadas favorablemente para eliminar los daños. Si bien el uso de algunas de estas formas de atención, sobre todo las consideradas "tradicionales", fue propuesto por las estrategias de atención primaria, y que ha generado las correspondientes investigaciones relacionadas, en el caso de México no han contado con el impulso adecuado del Sector Salud, salvo en contextos espe-

cíficos y limitados, y sobre todo en función de una concepción de ampliación de cobertura a bajo costo y para poblaciones marginales rurales.

Únicamente tomando en cuenta los procesos y factores culturales podremos constatar la existencia de otras formas de atención de la enfermedad, cuyas principales diferencias radican no sólo en el tipo de técnicas utilizadas, sino en el sentido y significado cultural en el que se las aplica, donde reside gran parte de su función cultural más allá de su eficacia específica.

Podría seguir enumerando otros rasgos de lo que denomino modelo médico hegemónico, que me permitirían observar procesos que explicarían el distanciamiento, subordinación, exclusión o negación de otros saberes y formas de atención por parte de la biomedicina, pero para concluir me referiré a una de las características a través de las cuales la biomedicina se diferencia con mayor fuerza de la mayoría de las otras formas de atención. Y me refiero a su identificación con la racionalidad científica, expresada sobre todo a través de la ya citada dimensión biológica. Es en este rasgo donde se sintetizan mediante la autoidentificación profesional con "la ciencia", la exclusión de las otras formas identificadas justamente con criterios no científicos y con la dimensión cultural. Si bien la eficacia, la eficiencia o las condiciones de atención de la biomedicina constituyen criterios importantes, el criterio decisivo remite a la racionalidad científico-técnica.

El conjunto de las características -y de las funciones- del MMH, y no cada característica en sí misma (Menéndez 1990a), tiende a establecer una relación de hegemonía-subalternidad de la biomedicina respecto de las otras formas de atención no biomédicas, que normalmente quedarían excluidas, ignoradas o estigmatizadas, aunque también podrían optar a una aceptación crítica o inclusive a una apropiación o a un uso complementario sobre todo de ciertas técnicas, pero siempre con carácter subordinado.

Reitero que no niego la importancia de la investigación biomédica, ni los aportes de la farmacología, ni la capacidad de detección diagnóstica a través de pruebas e indicadores objetivos; lo que me interesa señalar aquí es que los usos de éstas y otras características e instrumentos contribuyen a excluir, negar o secundarizar a los otros saberes y formas de atención no biomédicos a partir de criterios referidos únicamente a la dimensión científica del proceso s/e/al'.

Este proceso adquiere un cariz especial en el caso de las relaciones que se establecen entre la biomedicina y la autoatención de los padeceres, ya que a través de dichas relaciones se generan con mayor frecuencia conflictos tanto en el ámbito de la relación médico-paciente como en el de la relación Sector Salud-conjuntos sociales. Esto ocurre por dos razones básicas: porque la autoatención es la forma de atención de la enfermedad más frecuentemente utilizada por los grupos sociales, y porque la autoatención es parte de la mayoría de los usos de las otras formas de atención, y en particular de la atención biomédica.

Estas afirmaciones, que sustento a partir de mis propias investigaciones y de estudios desarrollados por otros investigadores orientados por este enfoque (Menéndez 1981, 1982, 1983, 1984 y 1992; Mendoza 1994; Osorio 1994; Ortega 1999), consideran la autoatención a través de una serie de características que analizaré más adelante, pero que sobre todo la consideran como proceso, a diferencia de las investigaciones generadas desde la biomedicina, que la consideran como una entidad en sí y sólo referida a actividades muy específicas, lo cual conduce a un notorio subregistro de las actividades de autoatención, inclusive en sus investigaciones sobre este proceso, e impide valorar el papel constante y frecuentemente decisivo en el proceso de articulación de las diferentes formas de atención y especialmente con la biomedicina.

¹¹ Es obvio que en este proceso de secundarización y exclusión inciden factores de tipo ocupacional y de competencia en el mercado laboral.

La autoatención como proceso estructural

La autoatención constituye una de las actividades básicas del proceso salud/enfermedad/atención, siendo la actividad nuclear y sintetizadora desarrollada por los individuos y grupos sociales respecto de dicho proceso. La autoatención es una actividad constante aunque intermitente desarrollada a partir de los propios individuos y grupos en forma autónoma o teniendo como referencia secundaria o decisiva a las otras formas de atención. La autoatención puede ser parte de las acciones desarrolladas por las otras formas de atención, dado que frecuentemente es un paso necesario en la implementación de las mismas.

Por autoatención nos referimos a las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de individuo y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aún cuando éstos puedan ser la referencia de la actividad de autoatención. Así, la autoatención implica decidir la autoprescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma. Es decir que la autoatención remite a las representaciones y prácticas que manejan los individuos y grupos respecto de sus padeceres, incluyendo las inducidas, prescritas o propuestas por curadores de las diferentes formas de atención, pero que en función de cada proceso específico, de las condiciones sociales o de la situación de los individuos conduce a que una parte de dicho proceso de prescripción y uso se autonomice, por lo menos en términos de autonomía relativa.

Pero la autoatención puede ser analizada en dos niveles, uno amplio y otro restringido; el primer nivel hace referencia a todas las formas de autoatención que se requieren para asegurar la reproducción biosocial de los individuos y grupos a nivel de los microgrupos y especialmente del grupo doméstico.

Formas que son utilizadas a partir de los objetivos y normas establecidos por la propia cultura del grupo. Desde esta perspectiva, podemos incluir no sólo la atención y prevención de los padecimientos, sino las actividades de preparación y distribución de alimentos, el aseo del hogar, del medio ambiente inmediato y del cuerpo, la obtención y uso del agua, etc. Son parte de la autoatención el aprendizaje de la relación con la muerte en los diferentes términos prescritos por cada cultura, que pueden incluir el cuidado del individuo moribundo, el ayudar a morir, o el manejo del cadáver en función del sistema de creencias. La autoatención tal como la estamos definiendo, más allá de que ciertos actos se expresen fenoménicamente a través de individuos, se refiere a microgrupos y especialmente a aquellos que más inciden en los procesos de reproducción biosocial y que incluyen sobre todo al grupo doméstico, pero también al grupo de trabajo, al grupo de adolescentes, etc.

La definición restringida se refiere a las representaciones y prácticas aplicadas intencionalmente al proceso s/e/a. Naturalmente, es difícil establecer un corte claro entre algunas actividades de la autoatención en sentido amplio y en sentido restringido, pero debemos asumir que este corte -como casi todo corte de tipo metodológico- opera como un mecanismo de ordenamiento de la realidad, y que en consecuencia excluye -por supuesto que metodológicamente- determinados hechos, como por ejemplo la permeabilidad entre diferentes tipos de actividades. Desde una perspectiva procesual, por ejemplo, la crianza de los hijos supone desarrollar y aplicar saberes a toda una serie de aspectos de la realidad (amamantamiento, otros tipos de alimentación, aseo, control de esfínteres, formas de descanso incluidas las horas y tiempos de sueño, aprendizaje de relaciones microgrupales básicas, y un espectro enorme de otros comportamientos); varios de estos comportamientos aluden en forma general o específica a procesos de s/e/a pero entramados a través de los mismos saberes.

Por tanto, aunque el corte metodológico sea arbitrario, nos permite concentrarnos justamente en la

autoatención de tipo restringido, pues es la que nos interesa analizar, pero asumiendo que en los procesos concretos aparecerán incluidos aspectos de la autoatención ampliada.

La autoatención suele ser confundida o identificada por la biomedicina exclusivamente con la automedicación, es decir con la decisión más o menos autónoma de utilizar determinados fármacos para tratar determinados padecimientos sin intervención directa o inmediata del médico o del personal de salud habilitado para ello. Pero la automedicación sólo es parte de la autoatención, y el haber reducido la autoatención a la automedicación es justamente un efecto del saber biomédico como veremos luego.

Además, considero que la automedicación no alude sólo a la decisión de utilizar determinados tipos de fármacos desarrollados por la industria químico-farmacéutica (IQF), sino a todas **las sustancias** (infusiones de hierbas, alcohol, marihuana, **etc.**), así como otras actividades de muy diferente tipo (cataplasmas, ventosas, masajes, etc.), que son decididas y usadas por los individuos y microgrupos con autonomía relativa para actuar respecto de sus padeceres o para estimular determinados comportamientos. Por su parte, la biomedicina piensa la automedicación casi sólo a través de los fármacos producidos por la industria químico-farmacéutica (IQF), que si bien actualmente es una de las prácticas más extendidas de automedicación en numerosos grupos sociales, la automedicación no es más que una de las diferentes prácticas de autoatención.

Otro término que se utiliza como equivalente de autoatención es el de "autocuidado", desarrollado desde la biomedicina y desde el salubrismo especial-

mente a partir del concepto de estilo de vida, de tal **manera que** por autocuidado se suelen entender las acciones realizadas por los individuos para prevenir el avance de ciertos padecimientos y para favorecer ciertos aspectos de salud positiva. El empleo de este concepto por el Sector Salud es marcadamente individualista, y se diferencia del de autoatención, que si bien incluye la experiencia y trayectoria de los individuos, tiene un carácter grupal y social por lo menos en términos referenciales. Considero que el concepto de autocuidado es una variante del de autoatención impulsado desde ciertas ideologías no sólo técnicas sino sociales que sólo toman en cuenta al individuo. Desde mi perspectiva, las actividades de automedicación y de autocuidado son parte del proceso de autoatención pero no su equivalente, ya que autoatención no sólo constituye el concepto y proceso más incluyente, sino que aun refiriéndose a un individuo tiene siempre como referencias entidades grupales¹².

Como ya señalé, la biomedicina critica a la autoatención casi exclusivamente en términos de automedicación. El personal de salud considera casi **unánimemente** que la automedicación es negativa o perniciosa; que es producto de la falta de educación o de la ignorancia, y tiende a identificarla como un comportamiento de los estratos sociales más bajos. Dicha evaluación surge generalmente de la propia experiencia clínica o de la tradición oral institucional, **así** como de la posición del Sector Salud frente a la automedicación, pero no de investigaciones sistemáticas sobre lo negativo o beneficioso de la automedicación. En los países europeos y americanos contamos con muy escasas investigaciones al respecto"

¹² Para algunos autores el autocuidado tendría implicaciones preventivas o de potencializar la salud en términos de la denominada "salud positiva", mientras que la autoatención aludiría a acciones de tipo asistencial. Personalmente considero que tanto la autoatención como el autocuidado pueden desarrollar ambos tipos de actividades, y la diferencia radica en el énfasis dado a lo individual por las propuestas de autocuidado, en tanto que la orientación hacia la salud colectiva caracteriza a la propuesta de autoatención. Para los que utilizan el concepto de autocuidado es el estilo de vida individual el que posibilitaría reducir o eliminar las conductas de riesgo respecto de fumar tabaco, beber alcohol o comer carnes rojas, pero esta concepción del autocuidado y del estilo de vida suelen excluir las condiciones socioeconómicas de vida que hacen posible reducir dichos riesgos.

¹³ En nuestra revisión de la bibliografía relacionada con el autocuidado, automedicación y autoatención para los periodos 1951-1980 y 1981-2000 detectamos muy pocos trabajos sobre autoatención desde la perspectiva que estamos desarrollando. La mayoría consideran a la automedicación como práctica popular negativa y desconectada de la biomedicina y del Sector Salud.

En general, la biomedicina y el Sector Salud han señalado exclusivamente los efectos negativos de la automedicación, denunciando recurrentemente su papel en el desarrollo de resistencias al efecto de ciertos medicamentos sobre los vectores de determinados padecimientos o las consecuencias cancerígenas, o de otro tipo, asociadas al uso indiscriminado de sustancias como el clorofenicol o cloranfenicol. No obstante, casi no existen investigaciones -especialmente estudios de seguimiento de actividades de automedicación en el caso de las enfermedades crónicas- como para establecer si en verdad la automedicación tiene consecuencias negativas o positivas. Si bien la crítica a la automedicación es relativamente antigua, **la misma se** ha incrementado en las últimas décadas debido al posible incremento de la automedicación con fármacos, al hecho de que algunos de éstos tendrían consecuencias más negativas que los fármacos antiguos -dadas las características "más agresivas" de sus componentes-, a la especificidad del medicamento y a un uso cada vez más indiscriminado¹⁴

Pero más allá de si los cuestionamientos biomédicos sean o no correctos, me interesa subrayar la visión arbitrariamente negativa de la biomedicina respecto de la autoatención y la automedicación, así como la noción de que tal práctica se ha incrementado, lo cual contrasta con las numerosas actividades de autoatención que impulsó y sigue impulsando el Sector Salud. Considero que la biomedicina ha desarrollado una relación contradictoria y escotomizante respecto del proceso de autoatención, dado que por una parte lo cuestiona en términos de automedicación, **mientras** que por otra impulsa constantemente actividades de autocuidado y otras formas de autoatención.

Para evaluar lo señalado voy a precisar algunos aspectos del proceso de autoatención que ayuden a comprender mejor lo que estoy proponiendo. En pri-

mer lugar, considero la autoatención como un proceso estructural, constante aunque en continua evolución. Dicho carácter estructural -observado especialmente en el ámbito de los individuos y microgrupos- se deriva de algunos hechos fundamentales.

El primero es que la autoatención constituye uno de los procesos básicos para asegurar la producción y reproducción biosocial y sociocultural de los individuos y los grupos, lo cual puede constatarse especialmente a través de los procesos de s/e/a. Todo grupo pequeño, y en particular el grupo doméstico, se caracteriza por la frecuencia, recurrencia y continuidad de episodios de enfermedades, dolencias, daños o problemas que afectan a la salud de uno o más miembros de dichos microgrupos. La mayoría de estos episodios son leves y transitorios, y pueden hallar solución o cuando menos alivio a través de las acciones de los miembros del grupo. Junto a estos padecimientos siempre han existido enfermedades crónicas que si se quiere evitar que se traduzcan en muerte prematura es preciso que el individuo y su microgrupo se constituyan en partes activas del proceso de atención, pues sobre todo en el caso de algunos padecimientos, la autoatención es decisiva para la supervivencia y/o para la calidad de vida del individuo enfermo.

El núcleo de la existencia y continuidad de la autoatención alude a la frecuencia de padeceres agudos de muy diferente tipo, a la presencia e incremento de enfermedades crónicas físicas y mentales, a la búsqueda de estimulaciones psicofísicas con diferentes objetivos, de tal manera que toda sociedad necesita desarrollar saberes específicos a nivel de los grupos donde emergen estos padecimientos o estos objetivos de vida, estableciendo inclusive una división del trabajo, particularmente en el grupo familiar, donde la mujer, en su papel de esposa/madre, es la que se hace cargo del proceso s/e/a de los miembros del grupo.

¹⁴ Es obvio que la alta peligrosidad de algunos medicamentos no es una cuestión reciente, dado que algunos fármacos de antigua elaboración eran simultáneamente medicinas y venenos, dependiendo de la dosis consumida.

La mujer es la encargada de diagnosticar el padecimiento -y, por tanto, de manejar indicadores diagnósticos-, además de establecer una evaluación de la gravedad o levedad del mismo. Desarrolla nociones sobre la evolución de los padeceres, así como frecuentemente sobre el carácter estacionario de determinadas enfermedades. Será ella quien implemente los primeros tratamientos, y decidirá por su cuenta o de acuerdo con otros miembros del grupo familiar la demanda de atención, que puede iniciarse por la consulta con personas de su entorno social inmediato y continuar con el tipo de terapeuta considerado más adecuado, y cuya consulta dependerá de los recursos económicos y culturales del grupo, así como de la disponibilidad de servicios¹⁵.

La autoatención es casi siempre la primera actividad que el microgrupo realiza frente a los padeceres detectados, y esa actividad no suele incluir la intervención de ningún terapeuta profesional, aun cuando pueda inicialmente consultar a algún miembro de los actores familiares y sociales (vecinos, compañeros de trabajo) inmediatos, pero que no desempeña ninguna actividad como sanador profesional.

Sólo a partir del resultado de la autoatención y, naturalmente, de la evolución del padecimiento, así como en función de las condiciones socioeconómicas y culturales ya señaladas, el individuo y su microgrupo deciden consultar o no a terapeutas profesionales de una de las formas de atención que reconocen y aceptan, y por supuesto a las que pueden acceder.

La decisión de consultar a un terapeuta profesional, y las acciones realizadas después de la consulta constituyen también parte del proceso de autoatención. Luego de la primera consulta se puede optar por la consulta inmediata o diferida con otro terapeuta del mismo tipo o de otra forma de aten-

ción. Análogamente, tanto esta decisión como lo que ocurra después de la segunda consulta también son parte del proceso.

La decisión de recurrir a curadores profesionales se toma a partir de determinados saberes y determinadas experiencias que van a incidir en el tratamiento y en la relación curador-paciente. El individuo y su grupo pueden consultar con uno o más curadores y servicios, pero siempre a partir del núcleo de autoatención. De ahí que la autoatención no debe ser considerada como una acción que los individuos y grupos realizan aislada y autónomamente, sino como un proceso transaccional entre éstos y las diferentes formas de atención que operan como sus referentes. Más aún, serán el individuo y su grupo los que a través de la carrera del enfermo articulen las diferentes formas de atención, partiendo de las características de cada grupo y de cada padecer, pero siempre en función de esta experiencia.

Es el proceso de autoatención el que articula las formas de atención disponibles, más allá de que éstas tengan interacciones directas entre sí. La mayoría de las formas de atención, incluida la biomédica, tienden a pasar por alto una trayectoria del enfermo que articula diferentes formas y hasta sistemas de atención con el objetivo de hallar una solución a sus problemas de salud. Esto se debe en gran medida al hecho de que la realidad social es pensada y analizada como acto y no como proceso; la autoatención es siempre parte de un proceso que incluye no sólo los actos de los individuos y microgrupos, sino también los de los diferentes sanadores que intervienen en dicho proceso. El enfoque no relacional que ha dominado el estudio del proceso salud/enfermedad/atención tiende a poner el énfasis sobre cada actor en sí, en lugar de colocarlo sobre el proceso relacional que incluye a todos los actores significativos que intervienen en el mismo.

¹⁵ Subrayo que estoy describiendo la fenomenología de la autoatención dentro del grupo doméstico, según la cual en todos los contextos sociales la autoatención se desarrolla básicamente a través de la mujer en su papel de esposa/madre. Esta descripción no pretende perpetuar tal situación, sino indicar que así opera en la realidad actual.

El conjunto de las actividades y articulaciones que estoy señalando se dan potencialmente en todo grupo e individuo más allá de su nivel educacional o económico, aunque éstos y otros factores, como ya lo vimos, inciden en las características específicas que asuma el proceso de atención. No cabe duda de que la gravedad o el recrudecimiento de una enfermedad, la complejidad de la misma, la necesidad de aplicar tecnologías sofisticadas, la existencia o no de cobertura de las diferentes formas de atención, así como la pertenencia a algún sistema de seguridad social incidirán en el tipo de atención y autoatención desarrollado. Obviamente, los factores económicos también inciden en la automedicación, aunque sin alcanzar el papel determinante que numerosos autores les atribuyen.

Considero que la autoatención se consolida estructuralmente no sólo por las razones señaladas, sino porque para el grupo supone la acción de estrategia de supervivencia más racional, tanto en términos culturales como de costo-beneficio -no sólo en términos monetarios, sino de tiempo-, siempre que asumamos en toda su magnitud la incidencia y significación que para su vida cotidiana representan la frecuencia y recurrencia de los diferentes tipos de padeceres que amenazan real o imaginariamente a los individuos y microgrupos.

Desde esta perspectiva, y para ofrecer una noción cabal de lo que estoy proponiendo, debo precisar que cuando hablamos de padeceres nos estamos refiriendo a una amplia gama que va desde dolores episódicos de cabeza, dolores musculares leves, episodios de fiebre ligera, resfrios o escozores transitorios, pasando por dolores del alma, estados de tristeza, ansiedades, o pesares momentáneos. En fin, toda la variedad de dolores derivados de golpes, accidentes o relaciones sociales que nos acompañan durante parte del día o la semana. Es decir que hay una serie de padeceres que el individuo experimenta y autoatiende de alguna manera a lo largo de cada día. Frente a estos padeceres, el individuo puede no hacer nada, o tal vez comentarlo con alguien de su

entorno inmediato, dejando que el transcurso del tiempo los solucione, lo cual también es parte de las acciones de autoatención. Todos estos padeceres son atendidos y solucionados a través de la autoatención, a menos que se agraven o que su reiteración o persistencia preocupen al individuo y su grupo. Debemos recordar que en la primera infancia algunas enfermedades gastrointestinales y respiratorias agudas, así como algunos padecimientos populares y tradicionales se presentan muy frecuentemente, y también tienden a ser atendidos en el interior del grupo, y sólo se recurre a un profesional cuando la dolencia supera determinado umbral de gravedad establecido por el propio grupo.

Pero además de estos padecimientos, el paso a primer plano de las enfermedades crónico-degenerativas y de las invalideces ha conducido a que parte del tratamiento de las mismas sea implementado por el enfermo y/o por su grupo, dado que si no lo hace se reducirá significativamente su esperanza de vida. Así, la mayoría de las acciones respecto de los padecimientos agudos y crónicos se realizan de manera autónoma o articulada con otras formas de atención, a través de la autoatención.

El conjunto de estas acciones supone la existencia de un saber respecto del proceso s/e/a dentro de los microgrupos, y especialmente de los grupos domésticos. Independientemente de lo erróneo o acertado de sus explicaciones causales, diagnósticos provisionales o el tipo de tratamiento propuesto, lo que importa es precisamente la existencia de este saber, que se ejercita constantemente a través de diferentes tipos de padeceres, y que a partir de este saber se establecen las relaciones transaccionales con las otras formas de atención. Cuando un individuo acude al médico, a un quiropráctico, a una curandera o a un sanador *new age*, generalmente va con un diagnóstico provisional de su padecimiento. Y lo que subrayo, más allá de lo equivocado o acertado del diagnóstico así como de lo preciso o difuso del mismo, es la existencia de esta actividad diagnóstica ejercida por el propio individuo y su microgrupo.

El diagnóstico presuntivo establecido por el propio individuo y su grupo es parte de la autoatención, y desde nuestro punto de vista representa una posibilidad de articulación, en la medida en que la biomedicina perciba los procesos de autoatención como procesos a los que debe cuestionar. Desde esta perspectiva, hemos realizado en España varios ejercicios con médicos que operan en el primer nivel de atención para que trabajen desde el inicio con el diagnóstico presuntivo del paciente, y desarrollando la primera consulta a partir del mismo, no sólo para obtener información adicional sino sobre todo para trabajar con el paciente a partir de sus propias claves pero articuladas con los objetivos biomédicos. Dichas experiencias corroboraron justamente esta posibilidad.

En una evaluación sobre los resultados de un proyecto de investigación/acción aplicado en una zona palúdica del Ecuador con población básicamente amerindia, los investigadores compararon el autodiagnóstico de las personas que habían tenido malaria con el diagnóstico profesional y encontraron que coincidían en un 80% de los casos, concluyendo que el autodiagnóstico presenta un buen valor predictivo (Kroeger *et al.* 1991: 290). Más aún, dicho proyecto impulsó el autotratamiento contra la malaria basado en el uso de fármacos complementado con plantas medicinales tradicionales.

Debemos aclarar que la autoatención y la automedicación no se refieren solamente a la intervención sobre los padeceres, sino que incluyen también la aplicación de tratamientos, el consumo de sustancias o la realización de actividades que, según el caso, contribuirían a un mejor desempeño deportivo, sexual o laboral. Se trata de sustancias y acciones que no sólo permitirían salir de la angustia, de la depresión o del dolor, sino que permitirían mejorar ciertos rendimientos y alcanzar ciertos goces. Desde esta perspectiva, las diferentes formas de adicción pueden ser consideradas parte del proceso de autoatención (Menéndez (ed.) 1982 y 1990b, Menéndez y Di Pardo 2003, Romaní y Comelles 1991, Szasz

1979a y 1979b). Más aún, sobre todo en los últimos años se ha impulsado una serie de actividades relacionadas con el desarrollo de ciertos estilos de vida, y que están orientadas a la obtención de determinados beneficios físicos y mentales. Por ejemplo, correr todas las mañanas, o todas las tardes -dado que por lo menos en algunas sociedades las noches se han tomado peligrosas-, ir día por medio al gimnasio, beber entre dos y tres litros de agua diarios, practicar yoga o ciertos ejercicios zen, etc.

Los grupos domésticos han desarrollado estructuralmente la figura de lo que ahora se denomina "cuidador", es decir, aquel miembro del grupo que cuida especialmente a los niños y a los ancianos en su vida cotidiana, incluyendo el cuidado especial del individuo durante sus enfermedades, sus discapacidades y/o limitaciones derivadas del envejecimiento. El papel del cuidador también recayó en la mujer, en el marco de una serie de actividades de autoatención que se integran en el proceso s/e/a, como por ejemplo, las que se realizan durante la convalecencia de una enfermedad y que básicamente se desarrollan también dentro del grupo doméstico y en gran medida a través del papel del cuidador.

Lo que estamos señalando es evidente, pero no es tan obvio pensarlo en términos de autoatención, y menos aún reconocer su papel decisivo en la recuperación del paciente. Diversos estudios evidenciaron a partir de los años setenta el desempeño positivo de las redes familiares, e inclusive demostraron que durante el periodo de convalecencia dichas redes tienen más importancia que el sistema de atención biomédico (Smith 1982).

Desde la perspectiva que estamos desarrollando, la automedicación hace referencia no sólo al consumo autónomo de aspirinas, antibióticos o psicotrópicos en calidad de fármacos, sino también al consumo de anabolizantes, de infusiones de boldo o de tila o del consumo de alcohol en determinadas situaciones. Será la intencionalidad con que se utilice cualquiera de estas sustancias la que le confiera el carácter de automedicación.

Hay un conjunto de procesos sociales, económicos e ideológicos que han impulsado determinadas formas de autoatención en las sociedades actuales. Generalmente se sostiene que el desarrollo de la industria químico-farmacéutica y la publicidad están directamente involucrados con esta tendencia al consumo de determinados productos; también se ha señalado que el surgimiento de ciertas ideologías centradas en la búsqueda de una salud perfecta y de una especie de eterna juventud, o de ciertos equilibrios psicofísicos ligados o no a concepciones religiosas o consumistas han impulsado determinadas formas de autoatención y automedicación.

Pero hay también toda una serie de grupos organizados a partir de un padecimiento específico -Alcohólicos Anónimos (AA), Neuróticos Anónimos (NA), Clubes de Diabéticos, etc.-, o desarrollados a partir de la reivindicación de su identidad diferencial (movimiento feminista, movimiento *gay*), que han propiciado diversos procedimientos y técnicas de autoatención. Algunos de estos grupos, como Alcohólicos Anónimos, han llegado al extremo de propugnar la abstinencia absoluta a partir de la definición del "alcoholismo" como enfermedad pero excluyendo programáticamente la intervención biomédica. Por su parte, las "clínicas libres" feministas de los EE UU impulsaron la autoinspección del aparato reproductivo femenino y de los senos con objetivos diagnósticos y terapéuticos. Por tanto, es imprescindible reconocer la existencia de sectores sociales -así como de objetivos personales, grupales y de movimientos sociales- claramente diferenciados que potencian la autoatención, incluida la automedicación.

La biomedicina como generadora de autoatención

He intentado demostrar en este trabajo que hay una intensa y constante relación entre los saberes y formas de atención biomédicos y los de autoatención a partir de procesos impulsados sobre todo por las

necesidades, objetivos o deseos de los individuos y los grupos. Si bien cada grupo incluye en sus actividades de autoatención explicaciones y sobre todo prácticas y productos de procedencia diversa, es preciso asumir que la biomedicina constituye actualmente una de las principales fuentes de las actividades de autoatención.

Como ya he señalado, la biomedicina cuestiona la automedicación y la considera como algo negativo, atribuyéndole una serie de consecuencias nocivas para la salud. Sin embargo, al mismo tiempo, la biomedicina considera positivamente el autocuidado y genera un conjunto de actividades que impulsan no sólo el autocuidado sino también la automedicación. Y así observamos que, en la mayoría de los países de América Latina, el Sector Salud desarrolla programas de planificación familiar o, si se prefiere, de salud reproductiva, destinados a conseguir que el grupo familiar y sobre todo la mujer acepten la planificación familiar y aprendan a utilizar varios métodos de anticoncepción, especialmente la píldora anticonceptiva, y que sobre todo los utilicen autónomamente.

Más aún, el Sector Salud mexicano ha basado sus políticas de planificación casi exclusivamente en la mujer, consciente del hecho de que la mujer, no sólo es la encargada de trabajar con los procesos de s/e/a en el ámbito familiar, sino que es la responsable de la autoatención, incluida la automedicación.

Por otra parte, no sólo en México, sino también a escala internacional, las políticas de prevención del VIH/sida están basadas en la autoatención pensada en términos generales y específicos. Por ejemplo, se han desarrollado campañas generales dirigidas a las mujeres o a los varones, así como campañas específicas para las/os trabajadoras/es sexuales o para la población homosexual con el objetivo de promocionar el uso de condones para evitar el contagio y la transmisión del VIH/sida y de otras enfermedades venéreas.

La prestigiosa revista *Lancet* señaló que el principal descubrimiento médico del siglo XX fue el de la rehidratación oral como mecanismo para controlar

eficazmente las diarreas por gastroenteritis, pues la rehidratación impidió millones de muertes evitables. Pero debemos recordar que el sector salud impulsó la rehidratación a través de la autoatención, con la resistencia o rechazo del personal de salud (Mota-Hernández 1990). En efecto, el Sector Salud y diversas organizaciones no gubernamentales (ONG) han difundido el uso autónomo de la rehidratación oral, enseñando inclusive a preparar dicha solución, dado el papel decisivo que cumple en el control y la eliminación de diversos tipos de gastroenteritis. El objetivo es lograr también que las personas asuman de manera autónoma la preparación o la compra y el uso de las sales. El sector salud y otros grupos han promovido intensamente el uso del condón no sólo como método anticonceptivo, sino como mecanismo preventivo frente a enfermedades de transmisión sexual, que los individuos deberían adoptar de manera autónoma y/o relacionada.

En algunos países, el sector salud está intentando lograr que la población tenga la capacidad de detectar determinados problemas, puesto que una detección oportuna posibilitaría una intervención médica más eficaz. Por tanto, se sugiere o induce a los varones a practicarse una medición del antígeno prostático cada seis meses o al menos una vez al año. De manera similar, se intenta convencer a las mujeres de la necesidad de hacerse la prueba de Papanicolaou cada seis meses o cada año una, así como someterse a otras formas más sofisticadas de detección de determinados padecimientos.

Cuando a principios de 1980 iniciamos nuestro estudio sobre personal biomédico y alcoholismo, encontramos que un proyecto de investigación sobre detección y tratamiento de alcohólicos llevado a cabo en el Instituto Nacional de la Nutrición, aplicaba un cuestionario de autollenado que podía establecer un primer diagnóstico sobre el alcoholismo de los individuos que participaban en el estudio. Se aplicaba una variante de pruebas diseñadas en los EE UU, cuya característica común era el autollenado por los propios sujetos. Las diversas propuestas incluían

desde cuatro hasta veinte ítems, y los médicos que las habían diseñado estaban convencidos de que las mismas tienen capacidad diagnóstica.

Numerosos investigadores e instituciones biomédicas han desarrollado este tipo de cuestionarios de autollenado respecto de problemas de enfermedad mental y física, desde al menos la década de los años sesenta hasta la actualidad. La última que experimenté es la que me aplicaron a mediados de 2007 durante mi hospitalización por infarto agudo de miocardio en terapia intensiva de un hospital privado de la ciudad de México. Los datos que debía proporcionar correspondían a una investigación sobre problemas de hipertensión arterial que se realizaba en siete países y que estaba financiada por una de las más importantes empresas químico-farmacéuticas. Según me dijeron, el estudio contaba con el aval de la Organización Mundial de la Salud.

Pero estas pruebas que inicialmente se aplicaron con fines de investigación y más tarde de detección oportuna y prevención, fueron obviamente automatizadas por la población no sólo a través de la acción de los individuos y grupos, sino también de determinados medios que convirtieron estos *tests* en parte de sus secciones casi fijas, especialmente en el caso de las revistas femeninas, donde los cuestionarios de autollenado fueron referidos desde una variedad de padecimientos mentales hasta la sexualidad pasando por la alimentación.

Es la propia biomedicina la que para determinadas enfermedades crónicas ha impulsado las acciones autónomas de los pacientes, de tal manera que aprendan a leer glucosa en orina y/o sangre a través de técnicas sencillas, así como a aprender a autoinyectarse insulina. Más aún, diseña cada vez más estrategias para inducir a los individuos a detectar algunos de los principales riesgos, y así PREVENIMSS desarrolla una campaña personal y mediática para que los individuos puedan detectar ciertos riesgos a través de técnicas sencillas. Posiblemente la campaña más intensiva se realizó respecto de obesidad/diabetes induciendo a los individuos a vi-

gilar su obesidad y sobre todo su cintura a través de un *slogan* que dice: "Mídete... no te pases: 90 cros de abdomen máximos en los hombres y 80 cros de abdomen en las mujeres".

A pesar de que la biomedicina cuestionara o ignorara durante años el papel de los grupos de Alcohólicos Anónimos, actualmente el sector salud ha reconocido en numerosos contextos a los grupos de AA como parte central del tratamiento contra el alcoholismo, y aconseja a los "alcohólicos rehabilitados" su permanencia en dichos grupos como principal mecanismo de control de dicho padecimiento, dada la alta frecuencia de recaídas que caracterizan no sólo al individuo con problemas de alcoholismo, sino al conjunto de los comportamientos adictivos.

Es decir que por un lado la biomedicina y el sector salud cuestionan la automedicación, y por otro impulsan, favorecen, incorporan o aceptan formas de autoatención, incluyendo ciertos tipos de automedicación. Es más: varias de las actividades señaladas evidencian que la propia biomedicina está consciente de las actividades de articulación que se generan sobre todo en el caso de las enfermedades crónicas. Posiblemente, como ya lo señalamos, las actividades de autoatención que más ha reconocido la biomedicina son las que se desarrollan durante la convalecencia de un paciente.

En consecuencia, domina en la biomedicina una especie de escotomización -por no decir esquizofrenia- respecto del proceso de autoatención, por cuanto se tiende a escindir la autoatención considerada "buena" de la "mala", sin asumir que ambas son parte de un mismo proceso, y que tienen los mismos objetivos desde las perspectivas y acciones de los individuos y los grupos sociales. Esta manera de concebir la autoatención por parte del sector salud contribuye por una parte a seguir responsabilizando a la "víctima" en sus usos de la

automedicación, al mismo tiempo que impulsa la autoatención en términos de autocuidado y también de automedicación.

El Sector Salud necesita asumir que la autoatención no sólo es la principal forma de atención desarrollada por los propios individuos y conjuntos sociales, sino que a través de ella los individuos y los grupos se relacionan con las otras formas de atención, incluida la biomedicina. Es a través de la autoatención como los individuos se apropian de las otras formas y las relacionan, y es en este proceso donde se generan consecuencias negativas y positivas para la salud.

Subrayo, para evitar o por lo menos reducir los equívocos posibles, que cuando recupero como básica la autoatención, no implica que esté proponiendo que ésta sea siempre acertada y eficaz. Por el contrario, considero que una parte sustantiva de la misma -no sabemos cuánto por falta de investigaciones específicas- tiene consecuencias negativas o al menos resultados ineficaces.

Pero la autoatención no implica sólo la posibilidad de consecuencias negativas o positivas para la salud, sino que es el medio a través del cual los individuos y sus grupos pueden evidenciar -y percibir- su capacidad de acción, de creatividad, de encontrar soluciones, y en consecuencia es un mecanismo potencial -y subrayo lo de potencial- de afianzamiento de ciertos micropoderes, así como de reafirmar la validez de sus propios sabereslb.

El proceso de autoatención se desarrolla actualmente en gran medida a través de la relación directa o indirecta con la biomedicina. Éste es un proceso dinámico y cambiante, que permite constatar que determinados procesos de autoatención que durante un tiempo fueron cuestionados ahora son aceptados. ¿Quién cuestiona actualmente el hecho de que las personas utilicen el termómetro para medir su temperatura? El termómetro forma parte del

16 Enfatizo lo de potencial, porque algunos autores sitúan en el ejercicio de estos micropoderes la posibilidad de un desarrollo generalizado del poder.

equipamiento doméstico básico de gran parte de la población de determinados países "occidentales", pero este uso se enmarca dentro de un proceso de apropiación y conversión en autoatención ya olvidado. El termómetro es el primero de los instrumentos biomédicos que pasaron a ser utilizados autónomamente por la población, como más adelante lo fueron los aparatos para tomar la presión o para medir glucosa en orina, lo cual ahora es aceptado -por supuesto con reticencias- por el personal de salud. Sin embargo, otras apropiaciones tecnológicas más recientes son cuestionadas en nombre de la complejidad técnica y científica, constituyendo una suerte de historia interminable de críticas-reconocimiento de los procesos de autoatención.

El tipo de relación dinámica y complementaria, pero también simultáneamente conflictiva y contradictoria entre la biomedicina y los individuos y grupos sociales, puede observarse especialmente a través de uno de los principales actos médicos, el del tratamiento y particularmente el de la prescripción de medicamentos. Lo que acontece en torno a la prescripción médica y el cumplimiento de la misma se constituye en uno de los principales campos de crítica de la biomedicina hacia el comportamiento de la población, concluyendo reiteradamente que la población no comprende la prescripción, no la cumple o la cumple mal. Constantemente se señala que el paciente no completa la totalidad del tratamiento, ya que lo interrumpe frecuentemente cuando él decide que ya ha sido eficaz o que ya se ha solucionado su problema.

La mayoría de estos argumentos pueden ser correctos, y existen varias explicaciones al respecto, pero me interesa aquí recuperar un tipo de comportamiento caracterizado por el no cumplimiento de la prescripción, el cual se ha ido poniendo de manifiesto en los últimos años y que se conoce como el caso del "paciente bien informado" (Donovan y Blake 1992). Este tipo de paciente se caracteriza por no cumplir la prescripción, pero no por ignorancia de las consecuencias negativas que

puede tener la suspensión o modificación del tratamiento o por no entender la prescripción recetada, sino debido a dos hechos básicos. Primero, la cantidad de información técnica que posee este tipo de paciente y, segundo, porque su modificación del tratamiento obedece a su propia experiencia como enfermo con la prescripción recetada. De tal manera que el paciente decide aumentar, reducir o espaciar las dosis a partir de su conocimiento y de su propia experiencia; acciones que por otra parte el paciente no oculta sino que discute abiertamente con el médico.

Este paciente, y lo subrayo, no suele cuestionar el "poder médico" ni la eficacia de la biomedicina; por el contrario, puede ser un decidido partidario de la misma. A este paciente no le interesa discutir el poder en la relación médico-paciente, sino mejorar su salud, controlar lo mejor posible su padecimiento crónico. Este nuevo tipo de paciente -que por supuesto no es tan nuevo- se caracteriza por su información y no por su ignorancia, pero además por un saber referido a su propia experiencia de enfermedad y atención.

Actualmente este tipo de situaciones constituye una de las mejores expresiones de la relación dinámica que opera entre la biomedicina y el proceso de autoatención a partir de las acciones impulsadas por los individuos y grupos en función de su propia enfermedad, lo que está dando lugar al desarrollo de propuestas de coatenCIÓN.

De algunas articulaciones posibles

A lo largo de este capítulo he querido destacar no sólo la significación e importancia de la autoatención, sino la existencia de diversos tipos de relaciones entre ésta y las instituciones y actividades biomédicas. En consecuencia, y más allá del reconocimiento de los aspectos potencialmente negativos de la autoatención, en lugar de cuestionarla constantemente, de estigmatizarla, de negarla e inclusive de intentar prohibir la adquisición de medicamentos, el sector

salud debería utilizarla deliberadamente, no sólo por su potencial eficacia, sino porque dicha forma de atención puede ser prohibida pero no eliminada, debido a los factores descritos previamente, y especialmente al papel que cumple en el proceso de reproducción biosocial y sociocultural en el ámbito de los individuos y de los microgrupos.

Ya he señalado que la autoatención constituye en realidad el primer nivel de atención, y que dicho proceso cuestiona algunos de los principales estereotipos que maneja el sector salud respecto de los conjuntos sociales. La autoatención evidencia que si bien los individuos y los grupos se equivocan o usan incorrectamente los medicamentos, también evidencia que los mismos aprenden, modifican, resignifican sus prácticas, y que una parte de esa automedicación ha sido decisiva para combatir o controlar determinados padecimientos. Y esto no sólo por un efecto mágico o de micropoder de la relación médico-paciente o del fármaco, sino por una apropiación y uso que evidencia en la propia experiencia del individuo y su grupo que el fármaco consumido es eficaz o por lo menos más eficaz que otros productos.

El hecho de que la población utilice estos fármacos e inclusive autonomice su uso, evidencia que reconoce su eficacia y además, y es lo que me interesa subrayar, que en gran medida aprende dicha eficacia a través de la relación directa o indirecta con el personal de salud. Esta conclusión no niega, por supuesto, que en la relación médico-paciente se desarrollen efectos de micropoder, ni que el fármaco y el propio médico tengan una eficacia simbólica que va más allá de la eficacia farmacológica del medicamento.

El proceso de autoatención evidencia no sólo que la gente aprende y se apropia de la biomedicina, sino que el sector salud, el personal de salud y el médico enseñan a autoatenderse más allá de la intencionalidad de hacerlo. Los individuos y grupos aprenden constantemente el uso de indicadores diagnósticos y de fármacos a través de la relación

médico-paciente, aun dentro del reducido tiempo que caracteriza la consulta médica actual. Gran parte del mayor y profundo aprendizaje opera en el momento clínico, pues es el momento en que se establecen aperturas afectivas y cognitivas para poder asumir lo prescrito de una manera experiencial. Y es también precisamente por este proceso que sería importante, como ya lo señalamos, trabajar con el diagnóstico presuntivo que la mayoría de los pacientes ya tienen de sus padecimientos.

En consecuencia el sector salud debería impulsar deliberadamente la articulación entre los servicios de salud y el proceso de autoatención, de manera que éste se convierta en parte central de sus estrategias. Por supuesto que en la práctica el sector salud ha ido impulsando algunas articulaciones como hemos visto, pero en conjunto mantiene todavía una postura crítica frente a determinadas formas de autoatención, y sigue estigmatizando la automedicación. Lo que propongo no es eliminar la crítica, sino fundamentarla; pero lo más importante es tratar de mejorar los comportamientos de autoatención de los grupos sociales a través de una reorientación de las acciones de educación para la salud, pero no sólo de las acciones que específicamente se denominan así, sino sobre todo de las que se desarrollan en la relación médico-paciente.

El sector salud debería enseñar a la población a automedicarse correctamente y no sólo a "autocuidarse", lo cual implica el desarrollo de una relación médico-paciente más simétrica y complementaria. Para ello deberían modificarse varias prácticas y representaciones profesionales e institucionales, y en particular que el sector salud y el personal de salud asuman que la autoatención no es un proceso al margen del quehacer biomédico u opuesto al mismo, sino que es parte integral del proceso s/e/a que los engloba a ambos. En consecuencia, el sector salud debería abandonar su visión escotomizante de la realidad, e impulsar más bien un proceso en el que se articulen la autoatención y la biomedicina a partir del reconocimiento de la existencia del ejercicio

constante de autonomías funcionales, intencionales y/o relativas en los individuos y grupos".

Es obvio que el sector salud y el personal biomédico saben que los procesos señalados se dan en la realidad, y que además una cosa es la crítica pública y otra los tratamientos privados donde la autoatención es un elemento central, inclusive en términos de prevención. Más aún, por lo menos en la mayor parte de los países latinoamericanos, la mayoría de los medicamentos que deberían adquirirse con receta pueden comprarse libremente. El sector salud británico ha reconocido estos procesos, y en los últimos años ha promovido la venta libre y sin receta de fármacos para reducir el colesterol, para atacar migrañas, o inclusive la venta sin receta de antibióticos para problemas oculares o de transmisión sexual, con el objetivo de lograr más eficacia en términos de atención y de prevención. Lo cual en los hechos supone asumir que la autoatención constituye el verdadero primer nivel de atención.

Lo que estoy señalando puede dar lugar a pensar que apoyo la biomedicalización con fármacos, cuando lo que propongo es todo lo contrario. Cuando señalo que el personal de salud debería enseñar a la población a autoatenderse e incluso a automedicarse correctamente, ello supone justamente enseñar a reducir el uso de fármacos. Pero como sabemos esta enseñanza es difícil de desarrollar por una profesión que halla en el fármaco su diferenciación y autoidentificación en el acto de curar. Más aún, considero que la estigmatización clínica de la automedicación tiene que ver en gran medida con el papel que el fármaco tiene para la identificación del acto médico en términos simbólicos y económicos.

Por último, quiero aclarar que el énfasis en la autoatención no supone eliminar ni limitar la responsabilidad del Estado respecto de las accio-

nes contra la enfermedad; no supone reducir las inversiones en el campo del proceso s/e/a, ni implica reducir el papel de los servicios de salud para colocarlos exclusivamente en la sociedad civil, lo que sería una forma elegante de pensar la privatización de los servicios de salud, al menos por parte de algunas corrientes. Si bien ésta ha sido la manera en que algunos sistemas de salud han impulsado su reforma a través de la privatización directa o indirecta de los servicios de salud, que en algunos casos supone asignar un papel especial a las ONG, en función de una relación costo-beneficio que permite abaratar costos de atención, y arguyendo que esta orientación reconoce el peso de la sociedad civil, nuestra propuesta obviamente no va en esa dirección.

Propongo la inclusión protagónica de los grupos y sujetos sociales a través de la autoatención -y por supuesto a través de otros procesos y mecanismos-, pero siempre articulada con los servicios de salud biomédicos y con las otras formas de atención. Esto implica incluir la responsabilidad económica y social del Estado tanto respecto de los servicios de salud como hacia los grupos y los individuos, pero con el objetivo de impulsar la articulación intencional de un proceso que hasta ahora está básicamente depositado en los sujetos y grupos sociales, así como para incrementar la eficacia del mismo y, de ser posible, reforzar la capacidad y autonomía de dichos grupos sin abdicar de la responsabilidad del Estado, y sin encontrar en esta propuesta ninguna contradicción en sus términos como sostienen algunas tendencias neoliberales y no tan liberales¹⁸.

Lo que debemos asumir en términos críticos de tipo epistemológico y con acciones técnicas y sociales de la máxima claridad posible, es que los mismos conceptos, procesos y sujetos sociales pue-

17 La cuestión de la autonomía como parte del proceso de autoatención constituye uno de los problemas teórico/ideológicos y de intervención específicos más interesantes, pero que no vamos a desarrollar ahora.

18 Lo señalado no supone ignorar que las políticas impulsadas por el Reino Unido no sólo tienen que ver con el logro de una mayor eficacia, sino también con reducir el gasto estatal en salud. Asimismo, tienen que ver con la admisión del hecho de que las empresas químico-farmacéuticas son, en términos económicos, uno de los sectores más interesados en el desarrollo de la automedicación, como lo hemos argumentado en otros trabajos.

den ser apropiados y/o utilizados por tendencias técnico-ideológicas que sostienen concepciones muy diversas, que impulsan propuestas diferentes y hasta opuestas entre sí. Nuestra actitud epistemológica frente a ello no debe ser la de incluir dentro de un mismo bloque a todas las tendencias que utilizan conceptos similares, que se preocupan por los mismos problemas y que trabajan sobre ciertos sujetos sociales. Por el contrario, debemos producir un análisis teórico y práctico que aclare la especificidad, orientación y dinámica de las diferentes propuestas. Este proceso pasa a ser absolutamente necesario cuando observamos que en el caso de la autoatención, y más aún en el de la autogestión, se desarrollan tendencias que impulsan dichos conceptos y procesos a través de lo que se denomina

autocuidado en un sentido opuesto o por lo menos diferente del que estamos proponiendo.

Como lo he señalado reiteradamente, la inclusión de las diferentes formas de atención dentro de las relaciones de hegemonía-subalternidad que operan en un contexto determinado abre la posibilidad de describir y analizar dinámicamente las transacciones que se desarrollan entre los diferentes actores sociales, y en consecuencia encontrar en sus saberes el verdadero uso dado a las diferentes formas de atención. El papel de la biomedicina, de la autoatención o de la medicina tradicional no se define *a priori* en función de las características de cada saber¹⁹ tomado en forma aislada, sino a través de las relaciones y consecuencias de sus saberes en las condiciones de salud y de vida de los individuos y conjuntos sociales.

19 Saber es un concepto que refiere a las representaciones y prácticas que utiliza un actor determinado, y que incluye el efecto de poder que desarrolla todo saber.

Bibliografía citada

Cárdenas, R.

2000 "La práctica de la cesárea en las áreas urbanas" en C. Stern y S. Echarri (comps.), *Salud reproductiva y sociedad. Resultados de investigación*. México, D. F.: El Colegio de México: 301-328.

Conrad, P.

1976 *Identifying hyperactive children*. Lexington: Lexington Books.

Conrad, P. y J. Schneider

1980 *Deviance and medicalization: from badness to sickness*. Saint Louis: C. V. Mosby.

Donovan, J. L. y D. R. Blake

1992 "Patient **non-compliance: deviance or personal decision-making**", *Social Science & Medicine* 34 (5): 507-513.

Edwards, G.

1988 "Tratamientos", *Boletín de la Organización Panamericana de la Salud* vol. 104 (3): 273-82.

1986 *Tratamientos de alcohólicos. Guía para el ayudante profesional*. México, D. F.: Trillas.

Edwards, G. y A. Ariff (eds.)

1981 *Los problemas de la droga en el contexto sociocultural*, Cuadernos de Salud Pública N° 73. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Good, B.

1994 *Medicine, rationality and experience. An Anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press (edición española: Bellaterra ediciones).

Good, B. y M.-J. del Vechio Good

1993 "'Learning medicine'. The constructing of medical knowledge at Harvard Medical School". En: S. Lindenbaum y M. Lock (eds.), *Knowledge, power and practice*. Berkeley: University of California Press: 81-107.

Kleinman, A.

1988 *The illness narratives: suffering, healing, and the human condition*. Nueva York: Basic Books.

1980 *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.

Kroeger, A. et al. (comps.)

1991 *Malaria y leishmaniasis cutánea en Ecuador. Un estudio interdisciplinario*. Quito: ediciones Abya-Yala.

Massé, R.

1995 *Culture et santé publique*. Montreal: Gae'an Morin Editeur.

Mendoza, Z.

1994 De lo biomédico a lo popular. El proceso salud/enfermedad/atención en San Juan Copala. Oaxaca: Tesis de Maestría, ENAH.

Menéndez, E. L.

2002 *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona: edicions Bellaterra.

2001 "Biologización y racismo en la vida cotidiana", *Alteridades* N° 21: 5-39.

2000 "La construcción del sujeto: la dimensión antropológica", en Grup IGIA, *Contextos, sujetos y drogas*. Barcelona: FAD: 79-98.

1997 "El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad", *Relaciones* N° 69: 237-61.

1993 "Autoatención y participación social: estrategias o instrumentos en las políticas de atención primaria". En: C. Roersch *et al.*, *Medicina tradicional 500 años después. Historia y consecuencias actuales*. Santo Domingo: Instituto de Medicina Dominicana: 61-104.

1990a *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México, D. F.: Cuaderno N° 179 de la Casa Chata.

1990b *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México, D. F.: Alianza Editorial Mexicana.

1984 Descripción y análisis de las representaciones y prácticas de grupos domésticos sobre la mortalidad en niños menores de cinco años en una comunidad de Guanajuato, Ms.

1983 *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México, D. F.: Cuaderno N° 86 de la Casa Chata/CIESAS.

1982 "Autoatención y automedicación, un sistema de transacciones sociales permanentes" en E. L. Menéndez (ed.), *Medios de comunicación de masas, reproducción familiar y formas de medicina popular*. México, D. F.: Cuadernos de la Casa Chata 4-52.

1981 *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. México, D. F.: Ediciones de la Casa Chata.

1979 *Cura y control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*. México, D. F.: Nueva Imagen.

1978 "El modelo médico y **la salud de los trabajadores**" en F. Basaglia *et al.*, *La salud de los trabajadores. Aportes para una política de la salud*. México, D. F.: Nueva **Imagen**: 11-56.

Menéndez, E. L. (ed.)

1992 *Prácticas e ideologías científicas y populares respecto del alcoholismo en México*. México, D. F.: CIESAS/Colección Miguel Othon de Mendizábal.

1982 *Medios de comunicación de masas, reproducción familiar y formas de medicina popular*. México, D. F.: Cuadernos de la Casa Chata 4-52.

Menéndez, E. L. y R. di Pardo

2003 Alcoholismo: segundo y tercer nivel de atención médica: especializaciones y desencantos, Informe final de investigación, Ms.

1996 *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*. México, D. F.: CIESAS.

Mota-Hernández, F.

1990 "Estrategias para la disminución de la morbi/mortalidad por diarreas agudas en América Latina". *Salud Pública* 32 (3): 254-60.

Ortega, J.

1999 Proceso reproductivo femenino: saberes, género y generaciones en una comunidad maya de Yucatán. Tesis de Doctorado, El Colegio de Michoacán.

Osorio, R. M.

1994 La cultura médica materna y la salud infantil. Tesis de Maestría en Antropología Social, ENAH, México.

Peña, P.

2006 "Mortalidad infantil y brujería. El caso de **la etnia mazahua**". Tesis de doctorado en Antropología Social. Tarragona, España: Universitat Tòrrida i Virgili.

Press, 1.

1975 *Tradition & Adaptation: Life in a Modern Yucatecan Maya Village*. Westport, Connecticut: Greenwood Press.

Puentes Rosas, E. *et al.*

2002 "La cesárea en México: tendencias, niveles y factores asociados", *Salud Pública* 46 (1): 16-22.

Reiser, S.

1978 *Medicine and the reign of technology*. Boston: Cambridge University Press.

Romani, O. y J. M. Comelles

1999 "Les contradictions dans l'usage des psychotropes dans les sociétés contemporaines : automédication et dépendance", *Psychotropes* VI (3): 39-57.

Salas Valenzuela, Monserrat A. M.

1997 Flojita, flojita: etnografía de las consultas de medicina familiar con contenidos de salud sexual y reproductiva. Tesis de Maestría en Antropología Social. México, D. F.: CIESAS.

Smith, R. T.

1982 "Incapacidad y proceso de recuperación: el papel de las redes sociales". En: E. Gartly Jaco (comp.), *Pacientes, médicos y enfermedades*. México, D. F.: Instituto Mexicano del Seguro Social : 361-75.

Szasz, Th.

1979a "La función del mecanismo contrafóbico en la adicción". En: Szasz *et al.*, 1979: 9-41.

1979b "La ética de la adicción". En: Szasz *et al.*, 1979: 89-111.

Szasz, Th. *et al.*

1979 *Psicología del drogadicto*. Buenos Aires: Edit. Rodolfo Alonso.

Trotter, R. T. y A. Chavira

1981 *Curanderismo. Mexican americanfolk healing*. Athens: Georgia University Press.

Velazco Fernández, R.

1981 *Esa enfermedad llamada alcoholismo*. México, D. F.: Trillas.

1980 *Salud mental, enfermedad mental y alcoholismo*. México, D. F.: ANUIES.

MÓDULO

COSMOVISIÓN Y MEDICINA ANDINA

LA SALUD EN LA COSMOVISIÓN INDÍGENA

Oscar Velasco Hurtado

El contexto cultural de la medicina andina

Pese a la relativa debilidad demográfica, la dureza del medio físico y otras dificultades, la región andina ha desarrollado a lo largo del tiempo un saber médico basado en sus creencias y en la observación de la naturaleza. Los textos con descripciones del mundo andino prehispánico destacan la alta cualificación de los médicos tradicionales de la región. Tras el encuentro entre los andinos y los conquistadores, el impacto de los curanderos en los españoles fue considerable, en el sentido de que no podían situarlos en su universo cultural, pero, al mismo tiempo, al carecer de recursos medicinales, los primeros grupos de conquistadores tuvieron que recurrir a los médicos originarios.

En el tiempo de la Conquista, los conocimientos médicos de los españoles se encontraban todavía en un nivel primitivo, y tampoco había una separación clara entre los conocimientos que podríamos denominar científicos y otros más próximos a la magia o brujería, como la uroscopía (método de diagnóstico

que se podría situar entre la ciencia y la quiromancia) o la *iatromagia*. Por esta razón, al igual que sus colegas europeos, los médicos tradicionales del Nuevo Mundo acabaron siendo perseguidos por los tribunales del rey, del obispo o de la Santa Inquisición. Como estrategia de supervivencia frente a esta amenaza, los médicos originarios optaron por asimilar diferentes pautas y modelos ortodoxos para adaptarlos a sus prácticas, como por ejemplo la devoción a Santiago, los naipes, etc., con el fin de evitar hacer demasiado visibles algunas de sus actividades rituales.

Los europeos introdujeron en el Nuevo Mundo enfermedades desconocidas, para las que un *qulliri ojampiri* no tenían ninguna preparación, de modo que sus conocimientos chocaron con hechos que no pudieron dominar. Por otro lado, pese a la evidente escasez de médicos europeos competentes durante los años iniciales de la Conquista, resulta sorprendente el hecho de que los primeros conquistadores no solicitasen a España el envío de médicos profesionales, probablemente debido a la pericia de los curanderos autóctonos¹. Sin embargo, poco a poco

¹ Se menciona que en los primeros años de la conquista, desde el territorio que posteriormente sería la audiencia de Charcas hubieron algunas comunicaciones al Rey de España, en las que se señalaban la calidad de los curanderos locales.

fueron llegando médicos titulados del Viejo Continente, atraídos por los beneficios económicos, y después se crearon cátedras de medicina en las universidades.

A partir del siglo XVI, los curanderos indígenas, que hasta entonces habían sido un recurso de salud incluso para los españoles, entraron en conflicto con los médicos de procedencia europea, y fueron progresivamente marginados, encarcelados e incluso ejecutados bajo acusaciones de practicar hechicería, de tener contactos con el demonio y de hacer daño con sus manipulaciones. Al verse señalados y perseguidos con tanta virulencia, gran parte de los curanderos optaron por mimetizarse en la población indígena, y, con el fin de mantener su vigencia, empezaron a establecerse en zonas y comunidades en las que únicamente los que los conocían podían encontrarlos. Pero también crearon mecanismos de defensa y contraataque; por ejemplo, atribuyendo a los españoles rasgos que los indígenas consideraban negativos. Un ejemplo es el *lik'ichiri*, una enfermedad cultural que varios autores toman como una forma de resistencia contra los opresores'. Se trata de la creencia en un ser maligno que roba la grasa del cuerpo humano, algo muy importante y precioso en los Andes, donde la pérdida de la grasa equivale a perder el poder y la vitalidad del individuo'.

No obstante, sorprende el escaso peso de lo que hoy se considera ciencia dentro del currículo médico de la época de la Colonia. En un manuscrito de 16284 se describen muchas de las prácticas de la profesión, así como otras informaciones de interés. En este trabajo, redactado por un protomédico criollo nacido en La Paz pero que trabajó en Potosí, se reflejan muchas realidades que hoy están integradas en el Hundo de la medicina tradicional andina. Se

trata indudablemente del resultado de un fenómeno cultural -conocido como aculturación o transculturación- que se ha ido produciendo en el tiempo, y en el que la medicina andina fue integrando en su modelo distintos elementos.

Estamos ante un fenómeno que opera en doble sentido, por cuanto también los españoles fueron adoptando algunos elementos de la medicina originaria. Por ejemplo, los médicos de los Andes aplicaban preparaciones de corteza del árbol de la quina para tratar la fiebre, procedimiento que luego empezaron a usar los europeos. De este modo, con el tiempo se fue estructurando una medicina tradicional que ha ido integrando elementos que originalmente no les eran propios, junto con su acervo cultural netamente andino.

Una pregunta lógica es: ¿Cómo estructuraron las culturas andinas sus creencias y prácticas sobre salud y enfermedad?, y ¿en qué basaron sus conceptos? Se puede decir que todo este conjunto surgió de lo que llamamos cosmovisión, que sería la manera o forma cultural de ver e interpretar el mundo o la realidad.

Una de las principales características del mundo andino es la consideración de la superficie de la tierra como una entidad viva, la *Pachamama* (la Madre Tierra), la que da vida. Como entidad viviente debe ser considerada como una unidad, y por eso mismo debe ser alimentada y cuidada. Responde al trato que se le da; y esto es muy importante, porque si se toma en cuenta a la Pachamama, si se la alimenta y respeta, si se le da lo que necesita, ella responde con buena vida, sustento, tranquilidad y equilibrio.

No olvidemos que la cultura andina se desarrolló en condiciones ambientales sumamente rigurosas. En ella la idea de la montaña es paradigma de la organización comunitaria, de la naturaleza y del cuerpo

2 Recibe diferentes denominaciones *lik'ichiri*, *kharisiri*, *kharikhari*, en el Altiplano boliviano, y *naqqa* o *pistaku* en los Andes peruanos. La tradición de los "sacmantecas" se encuentra muy extendida tanto en España como en diferentes países de la Europa mediterránea.

3 Según el modelo de etnofisiología andino, la grasa (*llamphu* en quechua o *wira* en aymara) es un fluido muy importante en el cuerpo humano, pues se asocia con la vitalidad y la energía del individuo.

4 Véase la interesante transcripción con comentarios sobre un manuscrito del Protomedicato de La Plata en: Sociedad de Historia y Geografía de La Paz 1961.

humanos. La metáfora de la montaña refleja el control vertical de la naturaleza y el concepto de ecología que construyeron los andinos. Se divide tres partes: la cabeza o la zona más alta de la montaña (*uma pacha*), esencialmente fría, con escasa vegetación y donde moraban muchas deidades; el tronco o cuerpo (*uku pacha*), zona intermedia, de clima templado y con mayor abundancia de animales y vegetales; y las extremidades o región inferior (*manqhapacha*), donde se hallaban la mayor parte de las comunidades, con buena capacidad y diversidad de producción.

El *ayllu* (unidad administrativa, de linaje y territorio) es como un cuerpo, como una persona. El *ayllu* (término aymara que se traduce como "pene", aludiendo a su carácter de linaje o herencia) se forma a partir de la descendencia de un patriarca y se va extendiendo progresivamente. Más o menos todos tienen el mismo apellido bajo ciertas condiciones, de modo que **el linaje** se mantiene casi inalterable a lo largo del tiempo.

El espacio físico del *ávllo* cumple con todos los principios de organización andinos: está dividido en tres partes (igual que la montaña), con arreglo a la idea de control vertical. Consta de una parte alta, una parte intermedia y una parte inferior. Así, cabeza, cuerpo y extremidades estarían **unidas a la manera** de la montaña, y tendrían significado gracias al *qjayu* (o *animu*), un elemento invisible que integra los elementos y les da coherencia.

Según el modelo de fisiología andino, dentro del cuerpo circulan fluidos como la sangre y **especialmente** la grasa, que los pobladores andinos asocian directamente con la fuerza vital del individuo ("Wiracocha Ticti", el creador, es etimológicamente "laguna de grasa". Asimismo, los wiracocha que esperaban los incas cuando llegaron los españoles **eran** seres de gran poder⁵).

La sangre, el otro fluido fundamental que circula por el cuerpo humano, tiene mucha importancia en la concepción andina de la salud, como se puede observar en los sacrificios y ofrendas en que se rocía sangre sobre las personas y el terreno como signo de respeto y de bendición.

En la concepción médica andina la vida se sujeta a un equilibrio dinámico entre extremos de dispersión y de concentración, de frío y de caliente, de mojado y seco. Pero los andinos no conciben estos opuestos como entidades **aisladas, sino** que siempre piensan en **términos** de un punto intermedio, más común. De ese modo entienden, por ejemplo, que entre la dispersión y la concentración hay un punto intermedio, el *kuti*, que es el lugar donde la dispersión deja de serlo para empezar a retomar a la concentración. El *kuti* es el lugar metafórico que tiene algo de ambos extremos. Igualmente, entre frío y caliente existe la categoría tibio. De la misma manera, es raro que los andinos declaren que están sanos o enfermos en términos absolutos⁶.

Los conquistadores europeos traían una forma de entender la realidad estructurada a partir de la oposición de extremos, en pares dicotómicos. Esto se reflejó, por ejemplo, en la labor de los evangelizadores que introducían la religión católica. El decálogo ético, los diez mandamientos, contrastaba con las tres obligaciones morales andinas, **ama suwa, ama gilla, ama hulla** (no ser ladrón, no ser flojo, **no ser mentiroso**). **Igualmente, a la** hora de celebrar determinadas fiestas, se constata que la conducta de los indígenas no se acomodaba a lo que pretendían los sacerdotes católicos. Por ejemplo, los originarios consideraban que el Viernes Santo, día de la muerte de nuestro Señor Jesucristo, cabría esperar y tolerar toda clase de

5 Se emplea el modelo de "cuerpo-montaña", analizado por Joseph Bastien en el *ayllu* de Kaata en la provincia Bautista Saavedra del departamento de La Paz, entre los kallawayas. El modelo de cuerpo-montaña expresado por Bastien surgió de observar la toponimia, donde los nombres tradicionales de las comunidades se originaban en porciones del cuerpo (Umala reflejaba un nombre derivado de la cabeza, Chaquí = los pies, Yamparáez = **las manos**, etc.).

6 En muchos lugares del Altiplano se sigue utilizando la fórmula "*wiragocha*" para dirigirse respetuosamente a los extranjeros y criollos.

7 Cuando se **pregunta a una persona cómo se siente** (aludiendo a la salud), normalmente responde: "bien, nomás". Esta respuesta condicional muestra que la persona está bien, pero no totalmente bien, característico de las definiciones andinas, en las que generalmente se evita una respuesta contundente.

8 Cristo muerto en Viernes Santo implica que ese día el ojo de la divinidad no puede tomar nota de los desmanes cometidos.

desmanes y delitos, pues su código ético era distinto del europeo.

En lo andino, lo ideal es el lugar donde se encuentran los dos extremos. La normalidad se sitúa en ese intermedio, y por ello una de las dificultades que enfrentan los educadores es que la salud representa un extremo, estando ocupado el otro por la enfermedad. El fenómeno que hay que poner de relieve es que las conceptualizaciones del modelo cultural andino manifiestan una concepción del mundo en constante equilibrio dinámico. Y, se podría pensar que los andinos conciben la salud como una condición que contiene algo de salud y algo de enfermedad al mismo tiempo. Se trata de una dualidad en forma de polos complementarios que genera una posición intermedia que se puede conceptualizar como la tríada.

Por otro lado, la noción de enfermedad en el mundo andino se extiende a los animales y a la tierra, es decir, la dolencia de la *Pachamama* puede ocasionar la de los seres vivos. Se trata de una cultura altamente integrada con el medio ambiente. En ella el ser humano es un elemento de un todo, de modo que animales y humanos forman una comunidad en la que existe un equilibrio que involucra a todos. En ese sentido, la cultura andina implica la idea de unidad ecológica; al menos una parte de las enfermedades tiene que ver con transgresiones del equilibrio entre persona y entorno. Mientras una persona tenga en cuenta a la *Pachamama* y ésta forme parte de sus vivencias cotidianas todo irá bien. Pero en el momento en el que se falte el respeto a las costumbres aparecerá un castigo que puede adoptar diversas formas (fracaso, ruina, enfermedad).

Hay un mundo invisible de deidades, pero no están fuera del ámbito del ser humano, sino que intervienen directamente en su estado de salud o enfermedad. Actualmente se está mostrando las formas peculiares en que las culturas indígenas de América Latina y de otros continentes conceptualizan la situación del cuerpo, que no está vinculado únicamente con la personalidad y el ámbito físico,

sino también con el cuerpo ecológico y con las organizaciones sociales.

Cualquier alteración del orden de esos distintos niveles del entorno puede ocasionar daños, enfermedades o castigos en el ámbito del cuerpo biológico. Alteraciones en la unidad de la montaña, en el cuerpo ecológico, en la integración del ser humano con los pisos ecológicos al que el *ayllu* pertenece, pueden producir daños a veces irreparables en el cuerpo fisiológico del individuo.

Otro concepto que conviene tomar en cuenta es el de la reciprocidad, que debe reflejarse en los distintos niveles vivenciales de la cultura andina:

- En primer lugar, en la relación entre el ser humano y el mundo sobrenatural que lo rodea, y que obliga al hombre a observar una serie de deberes rituales que le permiten devolver a la *Pachamama* o a los dioses un don originario que ha habilitado a cada grupo humano para establecerse como tal y buscar formas de adaptación del medio ambiente, cumpliendo una serie de reglas que tienen una expresión en el ritual.
- En la relación armónica que deben mantener entre sí todos los individuos, ya sea en el interior de la familia o en los distintos niveles que caracterizan el cuerpo social.

La transgresión de las normas, en la medida en que rompe el ciclo de la reciprocidad, e interrumpe la armonía en cada uno de los niveles de la vida humana en las culturas indígenas, ya sea en el ámbito ecológico, ya sea en el ámbito del cuerpo social, es un elemento que puede causar la aparición de la enfermedad.

La particular forma de conceptualizar el cuerpo individual, ecológico, social y religioso, supone asentar la reciprocidad y armonía como elementos del equilibrio dinámico necesario para poder generar armonía con la vida humana, y también en el proceso de salud/enfermedad. Por otro lado, la transgresión a cualquier nivel, no solamente en el ámbito estrictamente del cuerpo fisiológico sino en

el ámbito de la normatividad y en la ética de los comportamientos, puede ser causante de la enfermedad y que hace que **las personas** busquen formas para resolver **las distintas patologías eventualmente** originadas a raíz de dicha infracción.

Cuerpo y morfogénesis andina

Cada cultura elabora su propia conceptualización de la salud y enfermedad a partir de su cosmovisión, pero también de otras realidades **sanitarias**. Obviamente en ese proceso intervienen ideas ajenas a la propia cultura que son objeto de más o menos adaptación en función de las circunstancias. Ése es el modo en el que distintos rasgos de la cultura occidental inciden en el mundo indígena.

Bastien fue uno de los pioneros en investigaciones sobre la morfología y la fisiología del cuerpo en la medicina indígena andina. Este autor **sostiene** que el conocimiento de los andinos **es semejante a** la naturaleza, lo que encuentran **en ella** lo atribuyen a la comunidad, y en algunos casos atribuyen al mundo natural cualidades humanas. En **este sentido** puede hablarse de la naturaleza como **base de la** epistemología andina. Ello explica el sentido de la identificación metafórica de sí mismos en términos de animales, plantas y tierra, y también la manera en que entienden el cuerpo, que es análoga a la tierra. En la zona de Kaata (zona donde tienen actividad los curanderos kallawayas) existe la idea de que el cuerpo humano es semejante a la montaña⁹, lo cual es un ejemplo de pensamiento sintético. Si se piensa en pisos ecológicos, hace referencia a la puna, a la zona central de las comunidades y a los valles, los tres elementos principales que caracterizan los *ayllus*. La transmisión de categorías hace que la montaña tenga cabeza, tronco y extremidades, **analogías** de los pisos ecológicos y de las comunidades ubicadas en la montaña.

Un ejemplo: los andinos consideran como única la región del cuerpo entre la cabeza y los miembros, mientras que los occidentales dividen en tórax y abdomen. Otro detalle surge cuando se analiza el concepto de 'corazón' (*sunqu* en quechua, *chuyma* en aymara), dentro del cual se agrupan en forma compleja una serie de órganos por donde se mueven fluidos, entre ellos el corazón propiamente dicho, pero también los pulmones, el hígado y la vesícula biliar, los intestinos grueso y delgado, los riñones y la vejiga, y en las mujeres la matriz. Al contrario, en la anatomía occidental cada órgano se considera como una unidad en sí. Esta diferencia de conceptualización puede dar lugar a confusiones, como cuando una persona menciona que "le duele el corazón" (*chuyma usutu* en aymara, *sunqu nanay* en quechua). En este caso, es posible que no se esté refiriendo necesariamente al corazón, sino al pulmón o los otros órganos que entran dentro concepto.

Hay que tener en cuenta que las comunidades originarias ya han interiorizado muchos conceptos y palabras provenientes del castellano, pero a menudo esta interiorización de los conceptos provenientes del castellano no siempre es la más adecuada, sufriendo algunas mutaciones en su uso. Dentro de estas transformaciones que va experimentando la cultura local, por ejemplo, entre los campesinos también hay la tendencia a identificar los órganos y el funcionamiento de éstos con las zonas del cuerpo, o comparaciones no siempre comprensibles para los occidentales. En ese sentido, en la zona del hígado se reconoce la presencia del *jayagi*, de la vesícula, y como es un órgano que probablemente les causa muchos malestares le prestan bastante atención. Con respecto al corazón, a los pulmones y al hígado, podemos decir que no conciben que el aire vaya sólo a los pulmones, sino que la respiración va al corazón y al estómago, y que en el estómago está el *samay*.

⁹ No es la única metáfora corpórea existente en los Andes; en la zona del lago Titicaca se emplea la metáfora del cuerpo sano como una piedra, o el cuerpo humano como **una casa, con** sus adobes; de allí la dificultad de generalización sobre cualquier modelo y la necesidad de una contextualización precisa en cada caso.

A partir del contacto directo con la placenta o *parisa* pueden interpretar algunas cosas: después del parto el bebé queda echado en el suelo, descubierto, hasta que salga la placenta. Tras ello se corta el cordón umbilical, y es que la vida de la parturienta está supeditada a la placenta. Si tarda en salir se interpreta como un signo de muerte, y si sale rápidamente es un parto feliz. Por esta razón, una vez que la placenta ha sido expulsada del cuerpo, se procede inmediatamente a enterrarla, en algunos casos con ceniza y maíz, y hay quien añade que antes de enterrarla es preciso lavarla bien para que no se pudra (Davidson 1983).

Estos elementos hacen alusión a la continuidad del ciclo hombre-naturaleza: devolviendo a la tierra una parte del cuerpo humano se estaría alimentándola o devolviéndole algo que vino de ella misma. El maíz tiene que ver con la fertilización de la *Pachamama*, y por extensión al cosmos andino. En cambio, las cenizas, que normalmente se usan para lavar trastos, son un elemento anticontaminante. Se entierra la placenta recubierta de ceniza para evitar que se pudra, lo que tiene consecuencias simbólicas para la salud de la madre. En efecto, se cree que si la placenta enterrada se pudre podría pasar lo mismo con la matriz, lo que se relaciona con el riesgo de mortalidad en la fase del puerperio.

Esta costumbre de enterrar la placenta vendría a ser algo así como una práctica de prevención, que estaría destinada no sólo a proteger la salud de la madre, sino también a evitar el "mal carácter" del recién nacido.

Otra cuestión importante es la del *ajayu* o *ánimo*¹⁰, y el espacio que ocupa en todo este complejo morfológico y fisiológico. Existe la idea de que el ser humano tiene tres entidades: espíritu, alma y *ánimo*. Mientras la persona vive, el espíritu y el alma están "dormidos", y cuando la persona muere despiertan y cobran vida: el espíritu se va al cielo y el alma se va al cementerio. El *ánimo* vive mientras la persona está viva, y cuando la persona muere, el *ánimo* desaparece. De ese modo, si una persona pierde eventualmente el *ánimo* se produce una enfermedad. Si una persona experimenta un sobresalto caminando por lugares desconocidos y ajenos a su espacio doméstico o si se encuentra en espacios malignos (lugares donde ha caído un rayo, donde hay una víbora u otros animales), probablemente contraerá alguna enfermedad. En esta lógica, el *susto* hace que el *ánimo* salga del cuerpo, y esta disociación entre *ánimo* y cuerpo podría causar una enfermedad. Es más, se cree que la persona ya se separa de su cuerpo antes de morir, y su *ánimo* anda vagando por los alrededores, lo que podría tomarse como un signo que anuncia la proximidad de la muerte.

Entre la cirugía y la importancia de restituir a la *Pachamama* un cuerpo completo

La amputación entre los indígenas andinos reviste un carácter aún más dramático, porque implica la imposibilidad de restituir un cuerpo entero a la *Pachamama* cuando el cadáver se entierre. Allí va a seguir el proceso de integración con la tierra y después metafóricamente va a buscar vías de agua en el subsuelo para llegar hasta la cabeza de la montaña, desde donde iniciará un proceso de renacimiento. El hecho de restituir a la *Pachamama* un cuerpo incompleto supone interrumpir este ciclo, con lo que se impide la reencarnación.

Eso explica el temor y la renuencia de muchos indígenas andinos cuando se trata de someterse a una operación quirúrgica. Situaciones similares ocurren en los hospitales cuando los familiares de las parturientas reclaman que se les entregue la placenta. Sin embargo, normalmente la placenta se echa a la basura, y ellos interpretan que su descomposición será causa de fiebre para la mujer.

¹⁰*Ánimo* es un elemento inmaterial íntimamente vinculado con la condición de una persona sana, equilibrada y en relación con su medio ambiente. Se localiza en el *Uqhu*, junto al *chuyma* o *sunqu*. Su presencia dentro del cuerpo brinda a éste sus cualidades de equilibrio, salud y relación con sus semejantes. Su pérdida da lugar a un estado de dispersión, falta de relación social y, eventualmente, los factores que permiten definir enfermedad.

Es importante conocer la estructura y la anatomía del cuerpo social, de la comunidad, de la integración ambiental y ecológica que ha existido desde siempre en los *ayllus*, sobre todo porque tiene consecuencias directas en el proceso de salud/enfermedad. El paciente está vinculado a una familia y a una comunidad, compuesta por varios integrantes dispuestos en círculos concéntricos: paciente, familia, comunidad y ámbito mágico-religioso. La unidad de la comunidad está garantizada en tanto exista armonía entre la persona y sus entornos familiar, comunitario y mágico-religioso. La ruptura de esa unidad puede causar una enfermedad. Cuando el curandero trata una enfermedad de tipo mágico no sólo deberá curar las dolencias de este individuo, sino que también deberá resolver los problemas de la comunidad. En la curación se apela a los dioses andinos y a las deidades cristianas.

Entre los indígenas andinos existe aún una concepción holística sobre la causa y el tratamiento de la enfermedad. Efectivamente, una de las posibles causas de la enfermedad es la interrupción de la continuidad de todo el sistema. Esta manera de ver las cosas es una fuente de problemas para el personal de salud cuando se enfrenta a enfermedades de carácter mágico-religioso. Por ejemplo, en estos casos es bastante común encontrar una sintomatología difusa y que afecta simultáneamente a muchas partes del cuerpo.

En caso de enfermedad, los pobladores de los Andes acuden a los *jampiris* buscando atención". Éstos basan sus curaciones en hierbas como la *q'uwa* o la coca, además de otros elementos como el cigarro, la lejía... Estas creencias andinas han chocado con la extensión del área de acción de otros sistemas. Las iglesias pentecostales desataron una lucha frontal contra las creencias andinas y atacaron a los curanderos de las regiones altiplánicas¹². En general, los curanderos intentan controlar todo el desarrollo de la

enfermedad, lo mismo que los médicos, que también buscan el control absoluto sobre la enfermedad y no toleran la intromisión de personas ajenas al sistema. Médicos, *jampiris*, *yatiris*, etc., comparten el hecho sociológico de que quien posee un saber que está sobre los demás puede manipularlo para controlar a los demás, lo que supone manejo de poder.

Las sociedades indígenas se caracterizan por una normatividad social sumamente rígida, que comprende una serie de obligaciones o reglas rituales, mecanismos sociales de solidaridad, así como vínculos en la relación entre el ser humano y el medio ambiente. En muchos grupos andinos se da un fuerte control social de los comportamientos, prácticas y formas de vida del individuo. En la medida en que esta normatividad social se rompe aparece la enfermedad.

Los agentes médicos tradicionales del mundo andino intervienen en el ámbito cultural-religioso de la enfermedad. Los *jampiris* y *yatiris* apuntan a restablecer el orden transgredido por comportamientos relacionados con los mecanismos sociales internos. Las estructuras de poder guardan relación con las causas de la enfermedad. Por ello, las manifestaciones que adquieren las enfermedades desde el punto vista de la sintomatología presentan este carácter difuso: es preciso tomar en cuenta la normatividad social, transgresión, aparición de fuerzas sobrenaturales, espíritus, de dioses que hacen surgir la enfermedad dentro del cuerpo, que se poseionan de él, y que incluso pueden llegar a causar la muerte. La intervención de los agentes médicos tradicionales intenta fundamentalmente restablecer el orden, reparando los vínculos que conectan a la persona con la familia, con el mundo comunitario, con el *ayllu*, y con el mundo sobrenatural. Este planteamiento está más o menos extendido entre las distintas culturas indígenas de América Latina.

¹¹ El modelo se asemeja al existente en las comunidades aymaras del Altiplano, en los Yungas de La Paz y en los valles de Larecaja, donde los enfermos y sus familiares suelen buscar a los buenos *yatiris*. El patrimonio terapéutico entra en los mecanismos de intercambio habituales entre los vallunos y los pobladores del Altiplano.

¹² Es importante valorar el impacto diferenciado que las distintas confesiones protestantes han tenido en las comunidades andinas, particularmente en el dominio de las creencias, costumbres y prácticas rituales. Al respecto, véase Strdbele-Gregor 1989 y Riviére 1997.

Mujer y cuidados en los Andes

La sociedad andina se ha ido estructurando con arreglo a un patrón virilocal; el eje siempre ha sido masculino. Sin embargo, la mujer nunca ha estado supeditada ni ha sido menos valorada, porque esta sociedad y esta cultura marcan todo como masculino o femenino, pero a la misma altura, el uno no es más que el otro. La base conceptual de esto se halla en el hecho de que los andinos conciben que todo en la naturaleza tiene carácter de género: hay lo masculino y lo femenino (así como el hombre tiene su complemento en la mujer, hay piedras macho y piedras hembra, hay plantas macho y plantas hembra, frutos macho y frutos hembra). Las alusiones al supuesto estatus subalterno de las mujeres en las familias andinas se derivarían de la aplicación mecánica de criterios marcadamente occidentales.

Una mujer es respetada si:

- se ha casado
- tiene hijos (ha demostrado su fertilidad)
- es hacendosa
- acompaña a su esposo en las actividades sociales
- maneja la economía de su hogar
- es capaz de manejar las actividades de la familia

Las solteras son en muchos aspectos incompatibles con la vida de los Andes, no tienen futuro; por eso la preocupación familiar de que contraigan matrimonio.

En la cultura indígena se distingue entre las enfermedades de tipo cálido y las de tipo frío. En su tratamiento se usan remedios que contrarrestan el principio que ha sido afectado por la enfermedad: remedios cálidos en caso de enfermedad fría y viceversa, curando así un mal con su contrario, una idea de la medicina occidental que también existe en la andina. Tenemos aquí una herramienta que los profesionales de la salud pueden usar para introducir determinados tratamientos entre la población.

Esto significa que muchos de los remedios, estrategias y recursos empíricos, así como la forma de conceptualizar la enfermedad que tienen las comunidades tradicionales, es complementaria de la medicina occidental. En otros casos, en cambio, hay una discrepancia indiscutible. Pero en todo caso no debemos perder de vista la importancia de este eje interpretativo de las enfermedades naturales que conceptualizan los pueblos indígenas, en particular en los Andes. En cada caso específico habrá que optar por las estrategias que permitan resolver el problema de la salud de la forma más eficiente.

Obviamente el avance de la medicina científica es arrollador comparado con el de la tradición casi inmutable del saber médico andino, pero ello no significa que se deba eliminar sin más las prácticas poco claras desde el punto de vista de la eficacia. Principalmente porque supondría perder un recurso potencialmente útil en el aspecto simbólico o psicológico. Es preciso superar los mitos acerca de la imposibilidad de franquear las barreras culturales. Al contrario, el profesional de la salud debe crear espacios de encuentro, dentro de un marco de interculturalidad.

El complejo panorama de los curanderos andinos

Los *yatiris*

En la medicina tradicional andina se fueron perfilando distintos modelos de curanderos, cada uno con una serie de cometidos, tanto en los aspectos médicos como en otros de carácter social. Los médicos tradicionales más conocidos son indudablemente los *yatiris*. Su nombre expresa su cualidad de sabios, ya

que deben tener vastos conocimientos sobre la vida -incluyendo la salud y la enfermedad- y el transcurso de los eventos de la naturaleza. En algunos casos, el *yatiri* recibe el nombre de *watapurichej*, es decir, "el que hace caminar todo el año" y, por extensión, "el dueño del año". Debe conocer todos los ritmos de la naturaleza, sabe cuándo comienza la época de frío, cuándo van a caer las heladas o las lluvias, si el año será lluvioso o seco. Como maestro de esta ciencia, deberá tener la sensibilidad de observar las cosas que están sucediendo en su entorno".

El *yatiri* empuña un pequeño chicote, que en algunos casos es una vara y en otros un látigo o una flor, pero que siempre simboliza la máxima autoridad. Cuando lo toma en sus manos se formaliza una determinación definitiva, como si dijera que es la ley quien habla en ese momento. Entonces cesan las discusiones y se hace un silencio solemne. Generalmente el *yatiri* distribuye las culpas, pero también distribuye las obligaciones y otras cosas entre los miembros de la comunidad, y lo hace de un modo simbólico, empleando el ritual.

Otra de las funciones que cumple el *yatiri*, partiendo siempre de su autoridad moral, es la de aconsejar a la autoridad administrativa de la comunidad, que puede ser el *jilagata* o "segunda" (en la zona de Yura son los *kurajj runa*). Dentro de la jerarquía de poder en los Andes, todos los varones mayores en un momento de su vida van a ser autoridades por espacio de un año, en el marco de un sistema de rotación de los cargos¹³. Esto quiere decir que todos saben más o menos lo que supone ser autoridad, pero no disponen de una formación específica previa. Puede darse el caso, como en el terremoto de Aiquile, en el que las autoridades

comunitarias no sepan cómo actuar porque nunca habían visto nada semejante. Ése es el momento de los *yatiris*, que deben aconsejar a las autoridades, usando el conocimiento de su vida y el de etapas anteriores, en su calidad de depositarios de la memoria colectiva de su comunidad, que les ha sido transmitida por vía oral. En ese sentido, almacenar conocimientos se convierte en una suerte de estrategia a largo plazo.

Un *yatiri* es seleccionado por el rayo, que constituye el mecanismo tradicional de selección. ¿Por qué le cae precisamente a él?, porque es alguien que tiene la experiencia y la cualidad de haber ido atesorando la información. Es muy difícil describir con precisión el proceso de aprendizaje de los *yatiris*, pues les interesa verse rodeados de algo de misterio, pero lo más probable es que su renuencia a revelar los secretos de su oficio se derive del hecho de manejar energías de carácter mágico.

En todo caso es posible aventurar algunas hipótesis al respecto: interviene una capacitación oral; ellos reciben toda una tradición de parte de sus mayores, que a su vez la recibieron de sus ancestros. En algunas comunidades, la transmisión oral de la tradición responde también a un aspecto genealógico: a ciertos individuos se les asigna el papel de *yatiris* por cuestiones de familia, aunque en otros casos interviene el azar, como cuando cae el rayo. Las señales de nacimiento también pueden tener importancia, como el *sojiallu*, que nace con seis dedos¹⁴. Una persona señalada por el rayo que quiera convertirse en *yatiri* debe cumplir una serie de requisitos, como ponerse en contacto con un *yatiri* más viejo. Lo primero que hace la persona elegida a través del rayo es consagrarse¹⁵: tiene que estar tres días en

13 Los pobladores de los Andes conocen ciertas "señales" que les sirven como indicadores sobre el desarrollo previsible del ciclo agrícola (Van Kessel y Enríquez Salas 2002). Dentro de los sindicatos agrarios y comunidades del Altiplano existen autoridades que se encargan de cuidar los cultivos (*kanana* o "alcalde campo"); igualmente los "maestros ceremoniales" caso de los *yatiris* encargados no sólo de los diagnósticos previos, sino de ir canalizando ritualmente de la forma apropiada todo el ciclo productivo.

14 El ejercicio de autoridad es definido como un largo proceso, un *camino*, que conlleva diferentes cargos (Ticona y Albó 1997).

15 Véase Fernández Juárez 2004.

16 *Sojiallu* (o *suxtallu*), "seis dedos", de *suxta* (seis) se dice que los nacidos con seis dedos en la mano son "hijos del rayo"; por tanto, susceptibles de ser *yatiris*. El rayo es el responsable de la multiplicación de los productos y de los seres vivos en diferentes advocaciones (*ispalla* para los cultivos, *illa* para el ganado).

ayunas, con agua y unos granitos de maíz como sustento. Durante esos tres días el *yatiri* experimentado le transmite su experiencia, en un proceso agotador que culmina con una masticación de coca, y que puede incluir diferentes rituales. Generalizando, pueden identificarse tres características comunes a los curanderos en América Latina:

- i. Por una parte, hay un llamado divino: el inundo sobrenatural envía mensajes a la comunidad y a los individuos con la capacidad de promover a una persona (señalada por el rayo, visiones, etc.) para que asuma el papel de chamán dentro de la comunidad. La elección de la divinidad se hace efectiva en la medida en que se dé un consenso social dentro de la comunidad, posibilitando que estas manifestaciones entre el mundo sobrenatural y una persona sean reconocidas por la comunidad como un hecho necesario, como un hecho asumido por el grupo.
- ii. Debe verificarse un consenso social para que la persona asuma el papel más allá de la caída del rayo, visiones o encuentros. Dentro de la propia caracterización del individuo hay señales que hacen pensar que puede asumir este rol.
- iii. En tercer lugar hay una fase de iniciación y aprendizaje que en algunos casos se prolonga por un periodo de tiempo muy largo, puede durar años y puede incluso dar lugar a un resultado no propicio para el candidato, que podría quedar inhabilitado para asumir el papel, de *yatiri*.

El papel del *yatiri* tiene dos manifestaciones:

- Una comunitaria, a partir del consenso social, de modo que toda la gente está de acuerdo con que sea *yatiri*, un individuo único dentro de la comunidad.
- Otra individual, existen muchas personas que reciben el llamado divino, pero no sienten el deseo o la necesidad de asumir el papel comunitario. De ese modo, actúan como *yatiris* en su entorno doméstico; probablemente no cumplen todos los pasos y por tanto no se sanciona totalmente su rol.

La función comunitaria es de por vida; una vez que es elegido, debe ejercerla hasta el momento de su muerte, o hasta el momento en que, por ser muy viejo, decide iniciar un proceso de selección de otro curandero.

Dependiendo de las condiciones específicas de la comunidad, hay comunidades en las que el *yatiri* combina varias funciones: consejo, conocimiento, curaciones rituales, comunicación con las divinidades, y en ocasiones extraordinarias, incluso entrar en trance¹⁷.

Jampiris o qulliris

Otro tipo de agente es el del *jampiri* o *qulliri*. En rigor, sería el más próximo al médico porque *qulliri* viene de *qulla* (medicamento o medicina en aymara), mientras que la palabra quechua *jampiri* designa al que usa los *jampis* o medicinas. Se trata de una función comunitaria que está presente incluso en los grupos más pequeños. Puede ser varón o mujer; responde también a un llamado divino, por ejemplo, que les ha caído el rayo. Pero a diferencia del *yatiri*, que lo sabe todo, el *qulliri* comienza a curar **sin un proceso** de aprendizaje previo. Los que van a ser *qulliris* o *jampiris* **se inician** a los 14 años; en el

17 Los *yatiris* aymaras del Altiplano lacustre de Bolivia, una vez que han recibido la "visita" del rayo, deben acudir al *achachila* de la comunidad o al de más prestigio ceremonial de la zona para "pedir permiso" al *achachila* junto con el *yatiri* experto o *ch'amakani* que se convierte en su "padrino" o testigo ceremonial. Los *yatiris* aymaras de la zona del lago Titicaca, reproducen esta ceremonia de "pedir permiso" o licencia, cada vez que consultan a la hoja de coca.

18 El trance no es una especialidad aplicada entre los *yatiris* y "maestros ceremoniales" andinos. Tan sólo aquellos conocidos como *ch'amakanis*, "espiritistas" en el dominio aymara del Altiplano o *altomisayoc* en el área quechua circuncuzqueña, realizan una práctica que se asemeja a la dislocación personal incorporando varios personajes, a través de voces dispares, que introducen en sus sesiones y prácticas auguradoras, de noche, en plena oscuridad.

caso de los varones, cuando sus atributos sexuales se manifiestan, y en el caso de las mujeres a partir de su primera menstruación. Entonces, si cumplen las condiciones, empiezan a seguir a una especie de maestro, que puede ser un familiar o no, pero casi siempre un conocido. En todo caso, los curanderos son educadores muy estrictos.

En la zona de Potosí suele influir el apellido; hay familias que tienen una predisposición especial para ser curanderos¹⁹. Por otro lado, en algunas comunidades, la mayor parte de los comunarios tienen una predisposición para ser *qulliris* y manejan bastante bien las hierbas y saben utilizarlas. Por ejemplo, mencionamos las comunidades de Vacuyo en la zona de Yokalla y Bombori en Potosí, o Papugio en la zona de Huari, Oruro. El *qulliri* maneja principalmente las plantas medicinales, pero no es el único recurso con el que cuenta; también usa cuerpos de animales, insectos, semillas, y en algunos casos combina estos recursos medicinales.

En las comunidades pequeñas donde sólo hay un *jampiri* no es raro que practique también la adivinación, en coca o cartas. Pero cuando se trata de comunidades grandes, casi siempre se especializan en curaciones con hierbas, son herbolarios. En algunos casos los curanderos se mueven dentro de un ambiente limitado, que está más o menos circunscrito a su comunidad, y en otros casos tienen un radio de acción más amplio. Otros se convierten en curanderos itinerantes. Los curanderos itinerantes más famosos son los kallawayas, algunos de los cuales llegan a Colombia o Argentina en viajes de tres o más años a pie²⁰.

El *qulliri* cumple una interesante función comunitaria, pero puede ser una carga social bastante difícil de llevar para el individuo, porque tienen que estar siempre dispuestos para atender al paciente y no pueden negarse a ello. Como son responsabilida-

des comunitarias reciben una retribución totalmente sintonizada con el cargo, y que ha ido variando: hay quien recibe animales, semillas o bienes, o quien cobra directamente sus servicios en pesos o dólares. En la actualidad, con el cambio progresivo que se da en las ciudades, se está empezando a generar un sincretismo con modelos de otro tipo, lo que significa una pérdida cultural para el campesino más humilde.

Otras categorías de curanderos andinos

El *ichuri* es otro curandero muy arraigado, y su origen no está muy claro, hasta el punto de discutirse su condición andina originaria o su incorporación posterior a la llegada de los españoles. Es una persona que combina recursos de origen diverso, pero básicamente usa la orina y el azufre, así como el *ichu* (paja brava), para diagnosticar. Huelen y degustan la orina, la preparan con azufre en polvo para "ver" una serie de imágenes simbólicas. Luego la escupen y dan el diagnóstico. Este modelo se parece mucho al de los uromantes de la Europa medieval, de modo que esta práctica pudo ser incorporada por los curanderos andinos, que la tomaron de los españoles. En este caso, no hay una forma específica para ser elegido ni se trata de una función comunitaria, aunque generalmente recae en mujeres.

El *moskojj* es un personaje interesante. Hombre o mujer, se trata de un adivino que utiliza el sueño para averiguar sobre la salud o la enfermedad. Ellos dicen que su *ajayu* puede salir a voluntad, puede averiguar dónde ha ido el enfermo y saber de qué se ha enfermado. También se los conoce por otros nombres (como *santakiri* en aymara) que se refieren siempre a personas muy religiosas con ciertas características especiales. Los *moskojj* varones observan el celibato, lo que es muy raro en los Andes. Lo que realmente llama la atención de esa conducta es la ausencia de dualidad macho-hembra en su vida. Ac-

¹⁹ Algunas familias de las que se dicen "tienen rayo" son las que aportan con regularidad en diferentes generaciones *yariris* a la comunidad, en ocasiones bajo la propia presión de ésta, si hubiera necesidad.

²⁰ Véase Bastien (1996), obra de referencia del célebre antropólogo especializado en la cultura kallawayas.

túan como consejeros de individuos particulares y autoridades, y encuentran las respuestas en los sueños. En cierto modo preservan la integridad del grupo, de la comunidad, lo que les confiere autoridad. No es un cargo comunitario obligatorio, hay lugares donde no existe y generalmente son llevados de un sitio a otro. Cobran bastante.

Por otro lado un *ch'amakani2'* es un ritualista que trabaja con la *Ch'amaka* o con la *manghapa-cha*, es decir, con la parte oscura o del subsuelo. Tiene una función muy especial e interesante porque se conecta con el modelo del chamán: entra en un estado alterado de conciencia a través de la ingesta de chicha, alcohol, ayahuasca u hongos. Un detalle interesante de estos recursos es que, cuando entran en trance, "hacen hablar" a personajes como la *Pachamama*, el *Mallku*, el *anchanchu*, etc. Esta acción, llena de teatralidad se efectúa en un ritual en medio de la oscuridad, y causa enorme asombro en los participantes, que no atinan a darse cuenta de que el curandero se mueve entre ellos para crear la atmósfera y los efectos que simulan un encuentro entre personajes propios de lo desconocido. Es en esta teatralidad donde el *ch'amakani* emite mensajes que después analizará con el fin de responder a las inquietudes del enfermo.

Aunque el *tinkuchi* es un personaje que tiene la capacidad de hacer aparecer las cosas robadas, tiene una íntima relación con el mundo de la salud, por ejemplo la del campesino y sus animales. El *tinkuchi*, tras inquirir sobre las circunstancias del hecho, se retira a dormir y encuentra la solución en el sueño. No tiene ningún poder extrasensorial, pero se trata de personas muy hábiles para conocer su entorno, realizando análisis deductivos. Además, el *tinkuchi* puede castigar simbólicamente, si llega a demostrar la comisión de un delito contra la propiedad. Tiene la capacidad de dilucidar en qué lugar puede estar una cosa perdida o robada. Una herramienta de trabajo del *tinkuchi* es el poder social, ya

que sanciona con enfermedad a los infractores, uno de los elementos éticos más sensibles de la comunidad andina: el robo, pérdida o sustracción.

Otro agente que actúa dentro del grupo de los curanderos es el *milluchiri* o *milluri*, una categoría difícil de enmarcar en el conjunto de la salud. Para su trabajo usa una sal de azufre, carbonato de sodio o *millu*, que se muele y se mezcla con elementos como grasa de víbora o *untu* de víbora o caimán, cuando hay contacto con el oriente. Con ese preparado dan masajes y curan el "*aire*" o parálisis facial. La curación combina varios elementos. Primero hacen una especie de diagnóstico con *millu* y realizan una curación ritual: toman el *millu*, flor de clavel, *q'uwa*, monedas, etc., lo ponen en una tela o pañuelo y hacen una limpieza del paciente, pasando el atado por los lugares afectados. Después le piden a la persona que sople tres veces, se van y hacen una indagación con coca que le permite establecer un diagnóstico más preciso.

Entre los elementos que emplea el *milluchiri* hay una serie de ayudas terapéuticas, por ejemplo en el caso de las parálisis faciales, él utiliza una especie de fisioterapia con el nido del hornero. Se trata de un pájaro que vive toda su vida en su nido. Una vez capturada utiliza el ave para hacer masajes y aplicar calor, tras lo cual reza y después, en 15 días, una parálisis facial puede estar relativamente bien. Si fracasa este tratamiento, utiliza otros, basados en pepa de ají o *palqui*, sustancias medicamentosas casi siempre relacionadas con el ácido cáprico, que provoca vasodilatación. En suma, utilizan muchas técnicas con un denominador común: cierta temperatura.

El *thalandiri*, es decir, "el que sacude", es otro especialista andino que hace curaciones a partir de una técnica consistente en sacudir al paciente manipulando una manta o aguayo. Puede tratar afecciones a los huesos o a los músculos. Sin embargo, uno de sus tratamientos específicos es el *parasuiiri* o "arreglado de vólvulo". La medicina occidental

prescribe una sonda rectal para tratar esta afección, pero el *thalandiri* plantea una terapia alternativa para desvolvular el asa del intestino que está torcida. El número de estos especialistas es reducido y generalmente son convocados por miembros de otras comunidades, de modo que viajan bastante.

El *tulluri* o huesero se dedica principalmente a componer las fracturas, y su capacidad de manipular los huesos y las articulaciones supera a menudo la de un traumatólogo. Una de las aportaciones de estos curanderos es el uso de los lagartos. Por ejemplo, aplican un emplasto tras una fractura para que el dolor desaparezca. En realidad, si se analiza este procedimiento, se descubre que los lagartos **tienen** unas glándulas suprarrenales enormes, en las que se acumula cortisol, un antiinflamatorio sumamente poderoso, que actúa sobre el paciente. El empleo de los lagartos, aplicados en fresco o secos en la zona de trauma permite un tratamiento que calma el dolor y la inflamación.

Existen también otras categorías, como la de los *usuyiris yanapiris*, que son los parteros, los *aysiris*, que llaman el ánimo, las *k'apachaqeras* que se

dedican a expender los remedios de la medicina tradicional, y una serie de adivinos que averiguan las causas de las enfermedades.

El conocimiento de estas categorías de curanderos o de recursos tradicionales puede tener un carácter folklórico, pero en otro sentido puede ser un argumento para emprender acciones que muestren una actitud positiva y útil para la interculturalidad. Estos curanderos o médicos tradicionales manejan una serie de energías culturales, y por tanto es posible que reciban un apoyo considerable de parte de las familias indígenas, incluso mayor que el que recibe el personal sanitario. El no tomarlos en cuenta podría ser una estrategia mal encaminada, porque ellos se hacen cargo de componentes de la enfermedad que escapan al dominio del personal de salud. Por tanto, sería útil permitir que ellos continúen con su esfera de competencia, dejando a los sanitarios, médicos y enfermeras los casos de enfermedades que no saben solucionar. De esa manera es posible que los indígenas y habitantes rurales se vieran beneficiados por partida doble.

Bibliografía citada

Bastien, Joseph

1996 *La montaña del cóndor*. La Paz: Hisbol.

Davidson, Judith

1983 "La sombra de la vida. La placenta en el mundo andino", *Boletín del Instituto Francés de Estudios Andinos*, 12.3, 4 69-81, Lima.

Fernández Juárez, Gerardo

2004 *Yatiris y ch'amakanis del altiplano aymara*. Quito: Abya-Yala.

Rivière, Gilles

1997 "Bolivia: Le Pentecôtisme dans la société aymara des hauts plateaux", *Problèmes d'Amérique Latine* 24. Existe traducción de este artículo en castellano: "Bolivia: el pentecostalismo en la sociedad aymara del Altiplano", en Alison Spedding (comp. y ed.) 2004, *Gracias a Dios y a los achachilas*. La Paz: ISEAT.

Sociedad de Historia y Geografía de La Paz

1961 "De los animales, plantas... y otras maravillas que tiene este Reyno". La Paz: Sociedad de Historia y Geografía de La Paz.

Stróbele-Gregor, Juliana

1989 *Indios de piel blanca. Evangelistas fundamentalistas en Chuquiyawu*. La Paz: Hisbol.

Ticona, Esteban y Xavier Albó

1997 *Jesús de Machaqa, la Marka rebelde, III. La lucha por el poder comunal*. La Paz: CEDOIN y CIPCA.

Van Kessel, Juan y **Porfirio Enríquez Salas**

2002 *Señas y señaleros de la Madre Tierra. Agronomía andina*. Quito e Iquique: Abya-Yala, IECTA.

MÓDULO
INTERCULTURALIDAD, ESTADO Y
PUEBLOS INDÍGENAS EN BOLIVIA

INTERCULTURALIDAD, ESTADO Y PUEBLOS INDÍGENAS*

Xavier Albó

Las razones de la lengua y del multilingüismo

Uno de los indicadores más inmediatos de la heterogeneidad cultural de un país es la diversidad de lenguas que en él se hablan. Bolivia tiene rasgos pluriculturales y multilingües, muy altos en los departamentos occidentales andinos y sólo minoritarios en Tarija y los tres departamentos de tierras bajas.

Según el censo del 2001, un 52,6% de la población que ya sabe hablar afirma saber sólo castellano y un (47,4%) habla alguna lengua originaria; la mayoría de éstos (33,1%) junto con el castellano, y un 12,3% sin castellano. En los departamentos andinos el grueso de la población habla alguna lengua originaria: en Chuquisaca, Potosí y Cochabamba, con alta predominancia del quechua; en La Paz, del aymara; y en Oruro, con ambos. En cambio, en el Beni y Pando los monolingües castella-

nohablantes superan el 90% y en Santa Cruz y Tarija, el 80%. La lengua originaria más hablada en los últimos dos departamentos es el quechua (por inmigrantes andinos); el guaraní es hablado por el 2,4% de los cruceños y el 1,2% de los tarijeños; en Beni el 4,9% habla alguna lengua amazónica, y en Pando el 1,8%, aunque allí el 17% habla también el portugués¹.

Ser plurilingüe es ventajoso

Siendo Bolivia un país tan plurilingüe, la política ideal ya no apunta a que los futuros ciudadanos sean cada vez más monolingües, sino más bien a un creciente bilingüismo e incluso multilingüismo. Pero, en la práctica, no todo bilingüismo o plurilingüismo es visto con los mismos ojos. Para comprender este extremo, debemos introducir una dimensión adicional: la estructura social, dentro de la que se desarrollan e interactúan los diversos idiomas.

* Salvo los datos lingüísticos, correspondientes al Censo 2001, alguna actualización bibliográfica y otras adaptaciones menores, este texto se basa en el capítulo 4 de Albó 2000.

¹ Para mayores detalles, véase Molina y Albó (coords.) 2006, que incluye un CD interactivo que permite generar y mapear los datos étnicos y lingüísticos del Censo 2001 incluso al nivel de localidad.

Diglosia, idiomas dominantes y subordinados

Como consecuencia del diferente estatus económico, social y político de los grupos que hablan cada idioma, se da la diglosia. Es decir, los idiomas tienen un estatus y unos usos sociales diferenciados, así como formas asimétricas de reconocerse e influenciarse mutuamente. Reflejando la estructura social y económica, se habla también de idiomas más dominantes y otros más subordinados, o, atendiendo a su reconocimiento público, de idiomas de alto prestigio y otros de bajo prestigio.

Existen dos tipos claramente diferenciados de bilingües o plurilingües:

- El primero ocurre entre dos o más lenguas de alto prestigio, cada una de ellas dominante en su respectivo país o región.
- El segundo ocurre entre lenguas cuyo estatus y prestigio social es claramente desigual.

En la segunda categoría de bilingües, que se encuentra en la mayor parte de los países del planeta, debemos distinguir dos situaciones, de acuerdo a la condición de migración. La primera situación es la de aquellos grupos que, por motivos económicos, laborales, políticos u otros, deben emigrar definitivamente a otro país o región, donde su lengua materna tiene poco uso. La segunda situación ocurre en los aún más numerosos pueblos con lengua y cultura propia, distinta de la oficial dominante y de menor estatus y prestigio social, que siguen viviendo en su propio territorio lingüístico y cultural.

De idioma subordinado a idioma oprimido

En todas estas situaciones de contacto lingüístico, va ocurriendo cierto intercambio entre las diversas lenguas implicadas, aunque en distintas proporciones de acuerdo a sus relaciones asimétricas o di-

glósicas. Los monolingües de la lengua dominante llegan a adquirir algún vocabulario especializado de la lengua subordinada. La influencia de la lengua subordinada sobre los hablantes habituales y monolingües de la lengua dominante es siempre limitada y relativamente controlable². En este sentido, podemos hablar también de idiomas oprimidos, tanto en términos sociales como incluso lingüísticos (véase Albó 1974). Con frecuencia, dentro de un país y sobre todo de una región concreta, una lengua es claramente mayoritaria pero resulta subordinada con relación a la lengua de la minoría dominante. Así ocurre en Bolivia, en extensas regiones andinas de habla quechua y aymara³.

Las muchas formas de ser bilingüe

El que no sabe más que una lengua es monolingüe. Si sabe otra u otras, es bilingüe o pluri-/multilingüe. En condiciones ordinarias, la primera lengua (L1) es la que se maneja mejor. Suele coincidir con la lengua materna y es la que mejor refleja la identificación de quien la habla con un determinado grupo social y cultural. Pero, como veremos más adelante, no siempre se dan estas coincidencias.

La segunda lengua (L2) puede haberse adquirido dentro del sistema educativo y/o por exigencias del entorno social o laboral, y a menos que ocurra una emigración definitiva del hablante a un ambiente en que ésta sea la lengua predominante, no suele manejarse con la misma soltura que la L 1. Esta destreza es aún menor en el caso extraordinario de una tercera o cuarta lengua (L3, L4...). Sólo puede considerarse bilingüismo coordinado (o pleno) cuando las dos lenguas se manejan con igual excelencia. Pero lo más común es un bilingüismo subordinado, o desigual y asimétrico, en el cual las estructuras subyacentes de la L1 siguen influyendo

² Otra cosa son los dialectos de la lengua dominante desarrollados por los neohablantes provenientes de una lengua subordinada, a los que nos referiremos más adelante.

³ Por esta posibilidad, no nos resulta operativa la utilización del término "lengua mayoritaria" para lo que en rigor es lengua dominante; o "lengua minoritaria", para lo que en realidad es lengua subordinada u oprimida (véase, por ejemplo, Skutnabb-Kangas). Tal identificación puede que sea útil en ciertos ambientes migratorios. Pero nos impide analizar la diversidad de situaciones en que ambas variables se combinan de manera diversificada, requiriendo por ello políticas distintas.

en mayor o menor grado al utilizar una L2 (o L3, etc.) adquirida con deficiencias.

El bilingüismo pasivo auditivo es frecuente en regiones con fronteras lingüísticas con bastante circulación, pues pasa a ser una destreza lingüística mínima muy útil para establecer los debidos intercambios entre vecinos de lenguas distintas. Por la clásica discriminación de nuestro sistema escolar, hasta ahora se ha dado la paradoja de que muchos hablantes de una L1 distinta del castellano pueden hablarla con excelencia pero son incapaces de leerla y menos aún pueden escribirla, mientras que saben leer y escribir en castellano como L2 -que aún no hablan ni entienden bien-, aunque a menudo esa lectura es sólo mecánica, poco comprensiva, y la escritura es aún más rudimentaria.

Supuesta esa discriminación por la propia lengua, a favor del castellano, y las deficiencias en el aprendizaje de éste, el proceso puede incluso degenerar en lo que algunos llaman semilingüismo: se mezclan elementos de dos lenguas sin dominar ninguna; o, como decía uno de los afectados, "hemos olvidado nuestra propia lengua antes de aprender la nueva". El "quechuañol" de los valles de Cochabamba y el "aymarañol" de muchos migrantes en El Alto tienen algo de ese semilingüismo.

Cambios de lengua

Cuando alguien habla habitualmente dos o más lenguas, aunque no lo haga con igual destreza, puede ser que su L1 (lengua materna) ya no sea la principal ni la más utilizada. En determinadas circunstancias, ni siquiera seguirá siendo la que maneje mejor. Todo dependerá de la frecuencia y de los contextos en que deba usar una u otra lengua.

El cambio de lengua se relaciona con el concepto de la lealtad lingüística o fidelidad a la lengua materna (L1) para mantenerla a lo largo de la vida y transmitirla a las siguientes generaciones. Al nivel de cada usuario, esta lealtad es elevada cuando alguien mantiene su L1 y busca oportunidades para seguir practicándola, aun cuando maneje bien otra(s)

lengua(s) o incluso deba utilizarlas regularmente. La lealtad es baja, en cambio, cuando alguien deja sistemáticamente de usarla y va perdiendo su habilidad de expresarse en ella por desuso.

La lengua y sus dialectos

Los dialectos pueden ser geográficos, sociales y situacionales. Los dialectos geográficos son los más reconocidos y los que tienen una mayor sistematización lingüística. En principio, este tipo de variedad no perjudica a la lengua sino, más bien, la enriquece. El uso de un dialecto geográfico o de otro tipo no suele ser motivo de discriminación social y, en el caso boliviano, tampoco suele bloquear seriamente la comunicación. Más bien ayuda a identificar diversos lugares de origen.

Los dialectos sociales son las variantes que utilizan distintos grupos sociales incluso dentro de un mismo ámbito geográfico. Pueden reflejar la clase social, la identidad étnica o hasta el género, el grupo étnico y ciertas ocupaciones. Los dialectos situacionales son aquellas variantes que pueden ser seleccionadas no sólo en el mismo espacio geográfico sino incluso por las mismas personas, de acuerdo a la situación o contexto en que se desenvuelva la comunicación. Este concepto es, en alguna medida, un refinamiento y complemento de lo que antes se llamaba estilo.

Lengua oral, letra escrita y más allá

El uso oral o escrito de una lengua podría considerarse como dos grandes tipos de dialectos situacionales, aunque en rigor tal vez sólo el primero sea un evento puramente lingüístico. El uso oral de una lengua es lo primario y suele ser la condición previa para que alguien llegue a desarrollar sus primeras destrezas en lectoescritura. Pero, una vez incorporada la escritura, ésta tiene la gran ventaja de su permanencia sin límites en el tiempo y en el espacio, permitiendo incluso una primera aproximación a idiomas desconocidos.

El primer criterio para encontrar el equilibrio entre ambas modalidades es que cada una tiene su propia lógica. Rara vez coinciden la forma oral y

la escrita; si se las hace coincidir el resultado suele ser artificial, no siempre comprensible y con frecuencia pesado. Un segundo criterio es la necesidad de superar la actual diglosia entre la lengua escrita, considerada de alto prestigio social, y la lengua oral, considerada de menor prestigio. Más bien se puede afirmar que fue la imposición colonial la que acentuó esta presunta superioridad y prestigio de lo escrito, monopolizado en gran medida por el castellano, frente a la oralidad a que fueron reducidas las lenguas colonizadas en su uso cotidiano⁴.

Planificación y normalización lingüística

La existencia de tantas lenguas y de tanta variación dentro de las mismas exige alguna forma de planificación lingüística en aquellos aspectos que más afectan a la convivencia y a la equidad. Esta planificación tendrá que precisar:

- Los derechos ciudadanos con relación al uso y acceso a las diversas lenguas.
- El reconocimiento y estatus oficial de cada una de ellas.
- Las aplicaciones prácticas que de ahí se deriven en las diversas instituciones públicas y en sus esferas de la actividad pública y privada en términos de objetivos, políticas, prioridades y metas en el tiempo.
- Los recursos que se asignan para implementar esas actividades.

Cultura e identidad

La lengua no es sino uno de los muchos componentes de la cultura, y las relaciones entre lenguas es una de las muchas expresiones de ese fenómeno mucho más amplio que llamamos interculturalidad. Preparados ya con el análisis más restringido del fenómeno

lingüístico, podemos ahora entrar en el mundo más complejo y desconocido de la interculturalidad.

Cultura y tejidos interculturales

¿Qué es la cultura? Una cultura es el conjunto de rasgos compartidos y transmitidos por un determinado grupo humano, que sirven para organizar su forma y estilo de vida, darle identidad y diferenciarlo de otros grupos humanos.

Sin embargo, más allá de la definición, no siempre se puede establecer con precisión qué elementos forman parte de una determinada cultura. En principio, dentro de una concepción más general de cultura entran todos los elementos aprendidos que **se transmiten** y comparten. Se excluye sólo aquello que se hereda biológicamente. Una primera clasificación de **esta amplia** gama nos lleva a distinguir tres grandes ámbitos culturales:

- El primero es el ámbito de la economía y la tecnología. Empieza con el territorio y la relación con el medio ambiente pero abarca otras muchas áreas como la producción, la vivienda, **la alimentación** o la medicina tradicional.
- El segundo es el ámbito de las relaciones sociales. Cubre desde la organización familiar y la organización del trabajo hasta la comunidad, las organizaciones intercomunales y la política del grupo.
- El tercero es el ámbito de lo imaginario y simbólico. Va desde la lengua hasta **el arte**, la religión, el sistema de valores y la cosmovisión.

Desde la perspectiva de los diversos individuos que constituyen un determinado grupo cultural, su afiliación a un grupo cultural preciso no suele ser el único referente. Cada vez es más común pertenecer simultáneamente a más de un contexto cultural. Las afiliaciones culturales no suelen ser cotos totalmen-

⁴ Guillermo Mariaca (1999: 15-24) habla del "gesto colonial de la escritura" con el que se consumó "la colonización de la palabra oral" y se redujo al mínimo "el derecho a la palabra" de los pueblos originarios colonizados. En los Andes la Colonia aceptó la escritura en lenguas indígenas casi exclusivamente para textos eclesiásticos de apoyo. En Mesoamérica y en el mundo guaraní hubo una mayor gama productiva, aunque en este último caso Meliá (1986) percibe entonces el carácter "reductivo" que tiene ese uso escrito de la lengua, perdiendo parte de su riqueza previa. Véase también Arnold, Yapita *et al.* (2000).

te cerrados, sino círculos entrelazados dentro de los cuales no todos los miembros de un círculo comparten las mismas referencias culturales. Los aymaras, siendo bolivianos o peruanos, pueden sentirse muy marcados por su común ambiente altiplánico, que determina muchas de sus prácticas productivas y organizativas; pero otros ya han perdido quizá esos vínculos y se sienten más bien arraigados en el trópico -de Bolivia o del Perú- o en una ciudad, sin que por ello quieran dejar de seguir siendo aymarass. La existencia de varios círculos entrelazados facilita, en cambio, encontrar rasgos comunes más allá del propio círculo, la relación entre grupos y, por lo mismo, la interculturalidad sin pérdida de identidades.

Las culturas tampoco son estáticas en el tiempo, salvo en los museos de culturas ya fósiles. Cada grupo cultural es como un ser vivo que con el tiempo se va transformando por crecimiento y adaptación, sin perder por ello su identidad, a menos que se muera, descomponga y recicle.

Lo simbólico lo pragmático y la identidad cultural

Para orientarnos un poco más en este universo, mucho más resbaladizo que la lengua, puede ser útil distinguir entre dos grandes categorías de rasgos culturales: aquellos que tienen una connotación mayormente simbólica y aquellos que tienen una connotación mayormente pragmática.

- Los componentes *simbólicos* de cada cultura están constituidos por aquellos elementos que transmiten algún mensaje, más allá de lo inmediatamente tangible.
- Los componentes *pragmáticos* de cada cultura están constituidos por todo el conjunto de instrumentos, destrezas y conocimientos que reflejan ante todo una forma práctica y compartida de resolver un problema en última instancia técnico.

Si retomamos los tres grandes ámbitos de cualquier cultura, mencionados más arriba, parece obvio

que en el primer ámbito (economía y tecnología) pesan más los componentes pragmáticos, mientras que en el segundo (relaciones sociales) y sobre todo en el tercero (imaginario) pesan más los simbólicos.

Tanto los componentes simbólicos como los pragmáticos van cambiando en el tiempo con el conjunto de la cultura, por evoluciones internas e influencias externas. Pero nuestra hipótesis es que, dentro de esta evolución, son determinados componentes simbólicos los que más contribuyen a mantener la identidad del grupo, por lo mucho que ésta tiene de intangible.

En general, es en el ámbito de la cultura simbólica donde tendría todavía cierto sentido hablar de cultura primera (C1) o segunda (C2), dominante o subordinada, bi- o pluriculturalismo, etc., en términos equivalentes a los que aplicamos al hablar de la L1, L2, etc. También ahí surgen malentendidos o discriminaciones, por ejemplo, por el estilo de la indumentaria, sobre todo de las mujeres, o por el tipo de prácticas religiosas -que los de la cultura dominante rápidamente tildarán de magia o superstición- o por el contraste entre el valor que muchas culturas oprimidas asignan a la celebración y a la reciprocidad y el valor supremo que la cultura dominante da a la ganancia individual.

Culturas mestizas e identidad mestiza

Con todas esas consideraciones en mente, retomemos la categoría "mestizo" de tan larga tradición en nuestro medio. ¿Se puede hablar de una cultura mestiza, cultura híbrida o mestizaje cultural?; ¿de una identidad cultural mestiza?; ¿o de una identidad chola?

La pregunta, en nuestro tema de la interculturalidad como juego de identidades, es si, a partir de esos intercambios, emerge una *identidad mestiza o chola*, en términos culturales (no biológicos), y no sólo como un nombre que se da a otros, sino como una forma de llamarse a sí mismos frente a los demás.

5 Esta temática ha sido objeto de una publicación muy didáctica de Jédu Antonio Sagámaga (1998).

En la medida en que exista este grupo cultural realmente autoidentificado como mestizo, tampoco resultará fácil precisar los elementos culturales que todos los que se sientan miembros del mismo comparten como grupo. En efecto, uno de los rasgos más típicos de esos sectores intermedios, extremadamente móviles, es su falta de identidad, una vez que han decidido no querer mantener la suya originaria. Con frecuencia se identifican más por lo que ya no desean ser que por lo que son. Además, sus orígenes culturales pueden ser muy diversos (quechuas, orientales...), de modo que lo principal compartido sería lo ya adoptado de la cultura castellana dominante. Tienen su sabiduría los quechuas y aymaras cuando consideran sinónimos los términos *misti* o *mishu* (derivados de "mestizo") y *q'ara* (traducido a veces como "blanco"), aplicándolos indistintamente a cualquiera que no se considere parte de su cultura andina, independientemente de su origen.

Otro asunto es que algunos analistas sociales quieran hablar de la emergencia política "chola"⁶, con lo que no hacen más que reiterar lo que siempre ha sucedido: que son "los de arriba" quienes aplican este nombre a quienes, como grupo, evitan ser identificados como tales. En una de las reflexiones recientes sobre esta tendencia, se afirma que "el cholo... [es] formalmente boliviano pero informalmente nómada... nómada cultural... [con] una identidad nómada que planta su raíz viajera allí donde lo pesca la conveniencia de la noche sin hacerse ningún problema" (Mariaca 1999: 71). ¿Será esta una buena base para asegurar una identidad como grupo cultural?

Las razones de la interculturalidad

Dada la complejidad y permeabilidad que presentan el concepto de cultura y las identidades culturales, al hablar de la interculturalidad tampoco podemos limitarnos a trasvasar la conceptualización elaborada

para las relaciones entre lenguas al campo de las relaciones entre culturas. Por eso mismo allí hablabamos de bi- o plurilingüismo, y no de interlingüismo, y aquí en cambio preferimos hablar de interculturalidad más que de bi- o pluriculturalismo.

La interculturalidad como fenómeno cotidiano

La palabra misma parece indicar que podemos hablar en cierta forma de interculturalidad dondequiera que ocurra cualquier relación entre dos culturas. En este sentido más amplio, algunos enfoques típicos para su análisis podrían ser los siguientes:

- (1) El mapa y el paisaje pluricultural de una ciudad, región o país.
- (2) El inventario de rasgos o productos de cierto origen cultural presentes en otro medio cultural.
- (3) El análisis teórico de las semejanzas, conflictos e intercambios entre determinados capítulos de dos sistemas culturales; por ejemplo, sus esquemas legales o sus formas de bilingüismo.
- (4) La adopción, adaptación o rechazo, por parte de un grupo cultural, de elementos culturales de otro, con las motivaciones y factores que llevan a ello.
- (5) La descripción de los diversos tipos de encuentros e intercambios -positivos o negativos, casuales o sistemáticos- entre gente de dos o más grupos culturales distintos, con las actitudes que en ellos se expresan y sus consecuencias.
- (6) El análisis de las instituciones o sistemas de relacionamiento entre la gente de dos o más grupos culturales: compadrazgo, escuela, asambleas interétnicas, régimen colonial o neocolonial, *apartheid*, guerra de conquista, exterminio o resistencia.

6 Uno de los iniciadores de esta corriente, dentro de las ciencias sociales, fue Aníbal Quijano (1980), en el Perú. Entre las versiones más recientes, están las de Nugent (1994), Mariaca (1999) y sobre todo Toranzo (1993, 2006).

Siendo algo más precisos, proponemos lo siguiente como ámbito central de este concepto: *La interculturalidad se refiere sobre todo a las actitudes y relaciones de las personas o grupos humanos de una cultura con respecto a otro grupo cultural, a sus miembros o a sus rasgos y productos culturales.*

Entran entonces más directamente en el concepto los enfoques (4), (5) y (6) de la lista precedente. Si no habláramos de interculturalidad, sino sólo de relaciones interétnicas, es decir, únicamente de las relaciones entre personas o grupos de diversa identidad cultural, quedaríamos limitados a los enfoques (5) y (6).

El enfoque (1) no se refiere en sí mismo a eventos interculturales, dentro de esta perspectiva que incluye actitudes y relaciones. Se define mejor como multiculturalismo, porque se limita a constatar la existencia de culturas diversas en un determinado espacio, sin entrar en sus relaciones mutuas.

El enfoque (2), al que algunos identifican ya como "interculturalidad", se limita a constatar la aculturación o adquisición de elementos de otra cultura o la mezcla de rasgos culturales sin entrar tampoco en las actitudes y relaciones que los originaron.

El enfoque (3) ha sido considerado recientemente por Javier Medina (2000) como el meollo central de toda interculturalidad. Según este autor, la interculturalidad "tiene que ver con pensamiento, con universos simbólicos diferentes y hasta contrapuestos que dialogan entre sí". En cambio -en una explícita referencia a una primera versión de nuestro texto- añade que la interculturalidad no tendría nada que ver con 'actitudes' ni con 'respeto por el otro'.

Tipos básicos de interculturalidad

Al describir lo que sucede en la realidad cotidiana de estas relaciones interculturales encontramos todo tipo de fenómenos, como ya hemos insinuado en la lista anterior, desde relaciones conflictivas e incluso

destructivas del otro, hasta otras de pleno entendimiento mutuo y enriquecimiento de cada uno o cada grupo por el contacto con los demás.

En una primera aproximación, podríamos distinguir, para nuestra ulterior argumentación, las siguientes categorías, que forman cierta gradación de lo menos a lo más deseable, en cuanto a la calidad de las relaciones y de las actitudes que la sustentan:

Interculturalidad *negativa*, que a su vez tiene cierta gradación:

- Una actitud y relaciones que llevan a la destrucción de una de las partes.
- Una actitud y relaciones que llevan a la disminución de una de las partes, por subyugarla o por crear dependencias que impiden el crecimiento.
- Una actitud que lleva a limitar las relaciones, por prescindencia y distanciamiento.

Interculturalidad *positiva*, también con su propia gradación:

- Una actitud y relaciones de simple tolerancia. Ambas partes se aguantan sin perjudicarse, pero no hay aún una mutua aceptación.
- Una actitud de mutuo entendimiento e intercambio, que lleva al enriquecimiento cultural de las partes.

Cada una de esas situaciones de interculturalidad, positivas o negativas, pueden ocurrir además a diversos niveles de complejidad, desde el personal hasta el social y el institucional, dando lugar a otras categorías complementarias como las siguientes:

Micro-interculturalidad (en que prevalecen las relaciones interpersonales):

- Entre individuos o grupos chicos. Por ejemplo, entre la señora y su empleada doméstica; entre el chofer o ayudante del micro y sus pasajeros.

⁷ En el ensayo de Mariaca (1999), pese a versar sobre la teoría de la interculturalidad, no hemos encontrado una definición rigurosa y formal del tema de su reflexión. Sin embargo, en la página 70 parece tomar este enfoque (2) al hablar de "la hibridación de las prácticas culturales, conocida ahora como interculturalidad".

- Entre grupos que comparten una misma región. Por ejemplo, entre los vecinos del pueblo y sus comunidades; entre la población local cambia y los colonizadores collas.
- A través de relaciones interfamiliares, comunales o locales. Por ejemplo, entre compadres; entre la alcaldía, su comité de vigilancia y las OTB en un medio rural.

Macro-interculturalidad (en que se incide ya en las estructuras y sistemas de la sociedad):

- **Entre grupos de alcance nacional o mayor. Por ejemplo, las relaciones globales entre campo y ciudad, incluyendo los procesos migratorios; entre collas y cambas; entre los grupos de cultura dominante neocolonial y los de cultura dominada u oprimida.**
- **En instituciones de alcance nacional o mayor. Por ejemplo, el manejo estructural de la interculturalidad en el sistema educativo, en los medios de comunicación.**
- **En relaciones internacionales. Por ejemplo, la carga étnica que puede amplificar un conflicto entre dos países; la adecuación o inadecuación cultural de las propuestas y requerimientos de una agencia internacional (Banco Mundial, DEA, UNESCO, etc.).**
- **En la confrontación, intercambio o articulación entre sistemas, cosmovisiones y lógicas culturalmente contrapuestas. Por ejemplo, entre lo andino y lo "occidental"; lo tradicional y lo moderno; lo global y lo local; judaísmo, cristianismo e Islam.**

Es obvio que muchas relaciones interpersonales al nivel micro no hacen sino reflejar una determinada estructura intercultural a nivel macro y que cuanto más se incide a este nivel estructural e institucional, más universal será el remedio. Sin embargo, en este punto será necesario aclarar más adelante el papel complementario pero diferenciado que juega lo personal y lo social, institucional o sistémico en toda esta temática.

El proceso hacia un ideal intercultural

Podríamos afirmar que: el ideal intercultural es desarrollar al máximo la capacidad de la gente de diversas culturas para relacionarse entre sí de manera positiva y creativa. Esta capacidad se debe lograr en las personas, en las estructuras de la sociedad y en las instituciones que las soportan.

Este ideal de interculturalidad dice más que una simple tolerancia, consistente en "aguantar" al que es distinto, por un mínimo de respeto o cuando menos para poder convivir. Por eso mismo, la interculturalidad tampoco tiene como meta una nueva identidad mestiza, en que se fusionen y confundan las anteriores identidades. Cada participante en ese diálogo intercultural se enriquece sin duda con los aportes de los demás y, con ello sus respectivas culturas pueden también adoptar elementos de las otras. Lograr acercarnos a este ideal es un proceso necesariamente largo, lleno de altibajos, que debe involucrar a toda la sociedad y al Estado.

Lo interpersonal y lo estructural en la interculturalidad

En el ideal intercultural hemos mencionado ante todo las relaciones entre gente distinta, pero enseña hemos añadido que éstas deben alcanzar a las estructuras de la sociedad y a las instituciones que las soportan. Ambos aspectos -el personal y el estructural o sistémico- se complementan y exigen mutuamente.

En el ámbito personal, la interculturalidad pasa más por las *actitudes interpersonales* que por el conocimiento compartido. En la medida en que la interculturalidad implica comunicación, es también significativo el conocimiento de ciertos códigos culturales simbólicos, que vienen a ser una especie de paralenguaje. Por ejemplo, las formas de saludar; de expresar respeto o rechazo; de crear un ambiente de confianza o de burla; de cercanía o indiferencia, de superioridad o inferioridad; de sellar o romper un compromiso, etc. Si se ignoran esos códigos, con la mejor de las buenas intenciones, pueden originarse

graves malentendidos. Si los manejan bien, se puede hablar de personas biculturales.

Ser bicultural, en el sentido mencionado, es una gran ayuda para ser intercultural, pero no basta y, en rigor, no es del todo esencial, aunque sí muy útil. Lo que pasa a primer plano en la fluidez de las relaciones interculturales es una intuición más general de *aceptación global del otro como diferente*. A partir de esta aceptación inicial, se deberán sin duda realizar esfuerzos para comprender ese comportamiento -ser bicultural, siquiera pasivo- y para enriquecerse mutuamente con las experiencias de uno y otro. Como ocurre en un matrimonio exitoso, cada parte va quedando transformada por la otra pero sin dejar de ser ella misma.

Sin embargo, este elemento más personal tampoco basta. Debe desembocar en unas estructuras e instituciones sociales con enfoque intercultural positivo, es decir, que faciliten esta forma de relacionamiento creativo en cualquier contexto. Este debe llegar a ser, por ejemplo, el enfoque y organización de toda la administración pública, de los medios de comunicación, del sistema escolar, de la práctica legal, de la medicina, del ordenamiento comercial y laboral.

En términos de planificación, los cambios introducidos en las estructuras e instituciones son tal vez más programables y medibles, aunque no son nada fáciles de ejecutar, si no hay la disposición de las personas. Por eso, y por lo explicado más arriba, es necesario prever, además y simultáneamente, un conjunto de acciones educativas que ayuden a desarrollar los valores de la interculturalidad a este nivel personal.

Interculturalidad y estructura socioeconómica

Nuestras sociedades se caracterizan por sus relaciones asimétricas de dominación, que suelen presen-

tarse gráficamente en forma de una pirámide social, sea a escala regional, nacional o incluso internacional. Arriba están los sectores minoritarios más ricos y acomodados que controlan el poder político y económico; abajo, las mayorías subordinadas y más pobres, que dependen de las decisiones tomadas por los pocos de arriba y sufren sus consecuencias⁸.

En estos últimos tiempos la carga cultural adicional de una globalización de estilo neoliberal excluyente tiene unos efectos semejantes que se montan sobre la del viejo colonialismo y neocolonialismo. Es decir, los que se sienten arriba se asocian preferentemente con la herencia cultural hispano-criolla de la Colonia -más la de otras élites inmigrantes extranjeras- y, ahora, se sienten también más identificados con la actual corriente neoliberal globalizadora, por ser los que más se benefician de ella. En cambio los que se sienten en la base de la pirámide social y quedan relegados, cuando no oprimidos, por las viejas y nuevas fuerzas, aparecen más asociados con las culturas tradicionales y locales, con frecuencia indígenas originarias.

La correspondencia entre cultura y clase social no es total. Hay también pobres y trabajadores de cultura castellana, sobre todo en las periferias urbanas, en las minas y en las regiones más castellanizadas del país. Pero entonces éstos se sienten claramente parte de la cultura dominante y puede que compartan, con otros sectores dominantes, su rechazo a las culturas subalternas.

Pero la situación prevalente, al menos en nuestro medio, es que la clase dominante pertenezca a un mismo grupo cultural de raíz hispano-criolla, con sólo diferencias menores de matiz -y ciertos toques "gringos", "turcos", etc.-, y que los miembros de las diversas culturas originarias sean parte de la mayoría dominada, además de una serie de situaciones culturales más ambiguas en los estratos intermedios.

⁸ Nuestro uso de los términos "arriba" o "superior" y "abajo" o "inferior" siempre debe tomarse "entre comillas". Los utilizamos sólo como una cita implícita, para referirnos a una estructura social injusta y a una caracterización subjetiva hecha por los grupos dominantes, que a su vez se sienten culturalmente "arriba" y "superiores". Pero en ningún caso pretendemos afirmar que una cultura, lengua o grupo social sean en sí mismos superiores o inferiores a otros.

Esta asimetría y dominación social y económica tiene graves consecuencias en la actitud de cada grupo sociocultural frente a los dos polos básicos de la interculturalidad, de acuerdo a su posición en la pirámide social. Veámoslo desde las dos perspectivas: desde la de los que, en esta pirámide, se sienten abajo y desde la de los que se sienten arriba.

Hay, en síntesis, un pleno contrapunto entre la actitud predominante en los grupos social, económica y culturalmente subordinados y, de ahí, fácilmente oprimidos (baja autoestima y deseo de emular a los de arriba), y la actitud predominante desde arriba, en los que están en situación de poder (fuerte autoestima pero con desprecio a los de abajo).

El corolario obvio de todo este análisis es que uno de los principales obstáculos para un enfoque intercultural es la estructura general de poder, tanto en su dimensión económica como social, que coloca a una cultura en el candelero, en menoscabo de las otras.

También aquí la interculturalidad tiene su propio ámbito de acción, que no se puede reducir sólo a lo económico o sociopolítico. Por ejemplo, en algunos regímenes socialistas tal vez se haya logrado disminuir las diferencias sociales y económicas, pero no por ello se borraron otras identidades culturales ni mejoraron las relaciones interculturales.

Antes de cerrar este punto, debemos resolver un problema conceptual. ¿Cómo definir la cultura ahora más asociada con la élite dominante? La dificultad surge porque ya no se trata sólo de la cultura exclusiva de esta élite. Históricamente, esta cultura se ha asociado a la de los conquistadores y colonizadores de origen blanco portugués o castellano (con sus toques árabes o hebreos) y, a través de ello, al paradigma europeo, aquí mal llamado "occidental"⁹. Pero en el momento actual se trata de algo mucho más complejo, aunque casi siempre dentro del mis-

mo paradigma "occidental". Como vimos, para bien o para mal, nos abrimos a muchos elementos de una cultura compartida ya por muchos pueblos dentro de este mundo cada vez más globalizado, casi inevitablemente a través de esta mediación cultural en diversos ámbitos prácticos de la convivencia cotidiana, como el transporte, los medios de comunicación, el manejo del dinero, los trámites, ciertas medicinas, alimentos o artículos de consumo, etc. Son también cada vez más los conocimientos técnicos compartidos a través de cualquier cultura, por ejemplo en la construcción de infraestructura, en la agricultura, la salud, la industria, la electrónica, la informática y tantos otros campos prácticos.

Por todo ello, en este punto parece útil hacer una distinción entre la cultura propia de las élites dominantes y una cultura común, provenga o no de estas élites. Para nuestro tema central de la interculturalidad, como parte de un juego de identidades, este término resulta más neutro, y por tanto más apropiado.

Cuatro polos, cuatro actitudes

Hay cuatro actitudes diferenciadas que deberían reforzarse en un proceso fortalecedor de la interculturalidad positiva:

- hacia adentro de la propia identidad
- hacia arriba con apropiación selectiva (primera situación hacia el "otro")
- hacia abajo con aceptación (segunda situación hacia el "otro")
- hacia el centro, todos juntos y cada uno desde su propia identidad¹⁰.

Resumamos sus principales características:

- i. La actitud hacia adentro de la propia cultura es para fortalecer la estructura interna personal y grupal: la propia identidad. Es la primera cabe-

9 Vista la ubicación de Europa y de Norteamérica, con relación a nosotros, lo geográficamente correcto sería llamarla cultura "norteña" o "noro-oriental".

10 En Albó (1996) he popularizado este enfoque haciendo alusión a nuestro típico brindis colectivo, en que, mientras mueven las copas en la dirección indicada, todos brindan al unísono: "arriba, abajo, al centro, adentro". Pero, al aplicarlo a la interculturalidad, el orden lógico es otro: adentro, arriba, abajo y todos al centro.

za del puente intercultural. La otra cabeza de puente implica acentos y actitudes diferenciadas, si tenemos en cuenta la asimetría de nuestra estructura socioeconómica y de poder.

- ii. La actitud hacia arriba, como primera situación social para acercarse al "otro", es la más típica de los grupos oprimidos, como un mecanismo para escapar de las marginaciones y discriminaciones que les hacen sufrir los de arriba. Sólo será una actitud intercultural positiva cuando no implique el rechazo de la propia cultura ni tampoco la imitación servil de todo lo que hacen los de arriba, sino una apropiación selectiva de aquellos rasgos culturales que le parezcan buenos para su propio fortalecimiento.
- iii. La actitud hacia abajo, como segunda situación de acercamiento al "otro", desde una situación de mayor poder, es la más difícil pero a la vez la más necesaria para llegar a establecer relaciones interculturales de equidad en el conjunto de la sociedad. Para que esta actitud sea plenamente positiva tiene que superar no sólo las habituales discriminaciones

sino también una actitud de simple servicio salvador de quien se siente con todas las soluciones, y aceptar más bien al que es distinto como tal, aunque esté socialmente ubicado en una situación desfavorable.

Finalmente, como ideal resultante de todo lo anterior, deberían desaparecer las relaciones hacia "arriba" o "abajo", para aceptarse unos a otros desde sus identidades distintas pero iguales. Por eso hablamos de:

- iv. La actitud ideal, hacia el centro. Cada uno se acepta a sí mismo, tiende desde ahí un puente a los otros, y todos se encuentran en el centro de una sociedad realmente pluricultural. El avance combinado en estas cuatro dimensiones de interculturalidad es lo que posibilitará ir progresando hacia la equidad étnica e ir construyendo la Bolivia que nos propone nuestra Constitución Política del Estado: "multiétnica", "pluricultural" y "solidaria", en que somos "iguales" en nuestra diversidad, "sin distinción de raza, sexo, idioma, [...] condición social u otra cualquiera".

Bibliografía citada

Albó, Xavier

1974 "El futuro de los idiomas oprimidos en los Andes". La Paz: CIPCA.

1996 " Interculturalidad en cuatro dimensiones ". *Yuyayninchik* (La Paz) 3: 6-11.

2000 *Iguales aunque diferentes*. La Paz: Ministerio de Educación , UNICEF y CIPCA (4a edición).

Arnold, Denise Y., Juan de Dios Yapita, L. Alvarado, R. López G. y N. Pimentel

2000 *El rincón de las cabezas: Luchas textuales, educación y tierras en los Andes*. La Paz: UMSA, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación e ILCA.

Gobierno de Bolivia

2009 *Nueva Constitución Política del Estado*. La Paz: Gaceta Oficial de Bolivia.

Mariaca, Guillermo

1999 *Los refugios de la utopía. Apuntes teóricos para una política intercultural*. La Paz: Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y de Familia; Embajada real de los Países Bajos.

Medina, Javier

2000 *Diálogo de sordos: Occidente e indianidad. Una aproximación conceptual a la educación intercultural y bilingüe en Bolivia*. La Paz: CEBIAE.

Meliá, Bartomeu

1986 *El guaraní conquistado y reducido. Ensayos de etnohistoria*. Asunción: Centro de Estudios Antropológicos.

Molina B., Ramiro y Xavier Albó (coords.)

2006 *Gama étnica y lingüística de la población boliviana*. La Paz: Sistema de Naciones Unidas (incluye CD proactivo).

Nugent, José

1994 *El laberinto de la choledad*. Lima: Fundación Friedrich Ebert.

Quijano, Aníbal

1980 *Dominación y cultura: lo cholo y el conflicto cultural en el Perú*. Lima: Mosca Azul.

Sagárnaga, Jédu Antonio

1998 *Temas de identidad para dialogarse en el aula*. La Paz: CIMA.

Skutnabb-Kangas, Tove (ed.)

1995 *Multilingualism for all*. Lisse (**Países Bajos**); Swets y Zeitlinger.

y **Jim Cwmnings** (eds.)

1988 *Minority education: From shame to struggle*. Clevedon, Philadelphia: Multilingual Matters Ltd.

Toranzo, Carlos

1993 "Prólogo". En ILDIS (ed.), *Lo pluri-multi o el reino de la diversidad*. La Paz: FES-ILDIS: 7-17.

2006a *Rostros de la democracia. Una mirada mestiza*. La Paz: Plural FES-ILDIS.

2006b "Lo pluri multi o el reino de la diversidad. Burguesía chola y señorialismo conflictuado. Burguesía chola y trigo limpio coaligados". En Toranzo 2006a.

MÓDULO
PLANTAS MEDICINALES
Y FARMACOPEA INDÍGENA

LOS TRATAMIENTOS POPULARES Y EL PERSONAL DE SALUD: RELEVANCIA DE LA HERBOLARIA

Abigaíl Aguilar
María Edith López
Santiago Xolalpa

México es poseedor de una gran riqueza florística, ocupa el cuarto lugar a nivel mundial, y además es pluricultural, más de 57 culturas indígenas lo conforman. Esta circunstancia nos permite observar la estrecha relación entre la población indígena y las plantas, el gran conocimiento que de ellas tiene y la apropiación que hace de su entorno vegetal para diversos fines, uno de ellos es la salud.

En el campo de la salud, la herbolaria, o plantas utilizadas como medicamento, representan el principal recurso terapéutico de la medicina indígena, que por lo general es menospreciada por los profesionales de la medicina alópata. Al desconocer los padecimientos, los tratamientos terapéuticos y el recurso herbolario de la medicina tradicional popular, difícilmente podrá el personal de salud entender o comprender a los pacientes de las comunidades indígenas del país.

Precisamente por esta razón es necesario familiarizar a los trabajadores del sector salud con el tema de la herbolaria, desde cuál ha sido su historia y hacia dónde se dirige, hasta proporcionarles las herramientas necesarias para conocerla y que puedan dialogar con sus pacientes y pares de la me-

dicina indígena, para ir abriendo un camino en la salud intercultural.

Crónica histórica de la herbolaria mexicana

El estudio moderno de las plantas medicinales se ha diversificado de manera abrumadora en los últimos veinte años. Análisis moleculares, identificación química de principios activos, desarrollo biotecnológico de fitofármacos son sólo algunos de los campos actuales del conocimiento científico sobre plantas medicinales. Pero la alta tecnología involucrada en todos estos trabajos podría también deslumbrarnos y hacemos perder de vista el fundamento de todo este desarrollo. Por supuesto, muchos de ellos empiezan por dejar de lado y hacer desaparecer al actor social, es decir, a los curanderos, parteras, hueseros, entre otros, que han conformado este conocimiento y lo han preservado a lo largo del tiempo.

Los sanadores, curanderos o médicos tradicionales siempre han sido menospreciados y relegados a una condición casi clandestina en el ejercicio de su quehacer médico, y no es sino hasta el deca-

nio de los años noventa del siglo pasado, cuando se inicia un movimiento de reconocimiento y valoración de los recursos humanos de la medicina tradicional mexicana.

El conocimiento que los herbolarios y la población mexicana han desarrollado de su flora con aplicación médica es vasto y se ha ido desarrollando a lo largo de por lo menos cinco siglos, y se observa que la herbolaria mexicana amalgama conocimiento nativo y conocimiento introducido con posterioridad a la Conquista, generándose un mestizaje del conocimiento médico basado en la botánica que en la actualidad continúa en un proceso dinámico de cambio.

La presencia de la herbolaria a lo largo del territorio nacional mexicano es un hecho evidente, y su utilización, en muchas ocasiones representa las acciones primarias de atención a la salud, así como el recurso terapéutico más frecuente que atiende los padecimientos propios de cada grupo humano.

La historia da cuenta del conocimiento herbolario que tenían nuestros antepasados, prueba de ello es lo escrito por Hernán Cortés en su segunda *Carta de Relación a Carlos V* (siglo XVI), donde apunta:

...hay calles de herbolarios, donde hay raíces y hierbas medicinales que en la tierra se hallan. Hay casas como de boticarios donde se venden medicinas, como ungüentos y emplastos.

Por lo anterior, se observa que el saber sobre la flora medicinal estaba extendido entre los médicos titiciltl y la población en general. Los titiciltl, hoy llamados médicos tradicionales indígenas, y la herbolaria son desde siempre parte de nuestra cultura médica, como lo vemos representado en los códices prehispánicos y en el mural de Tepantitla, en Teotihuacán.

Los conocimientos ancestrales sobre la herbolaria fueron registrados después de la Conquista española en varias obras como el *Libellus de medicinalibus indorum herbis* del médico curandero Martín de la Cruz, manuscrito traducido al latín por otro curandero llamado Juan Badiano en 1552; la *Historia general de las cosas de la Nueva España* escrita en 1548 por fray Bernardino de Sahagún y

la monumental obra que Francisco Hernández escribiera entre 1570 y 1577, por orden real de Felipe II, y que se titularía *Historia natural de Nueva España* (Viesca 1976).

A finales del siglo XVIII, en plena Ilustración, se organiza, por orden real de Carlos III, la Real Expedición Botánica de la Nueva España, cuyo objetivo era conocer la flora de esta colonia y enviar los especímenes a la metrópoli española; así como formar un jardín botánico e impartir la cátedra de botánica en este territorio (Martínez 1976).

La expedición, dirigida por el médico y botánico Martín Sessé, contó con la participación de notables figuras de las ciencias, como el farmacéutico y botánico Vicente Cervantes, el primer profesor en impartir el Real Estudio Botánico conforme las ideas de clasificación del médico y botánico sueco Carlos Linneo. Entre los discípulos de Cervantes aparece la figura de José Mariano Mociño, joven médico oriundo de Temascaltepec, estado de México, que destacó por su clara inteligencia y por su capacidad para describir y clasificar las plantas, y que formaría parte del equipo de la Real Expedición Botánica de la Nueva España (Aguilar 1995).

En esta época, finales del siglo XVIII y principio del siglo XIX, se clasifican científicamente, por primera vez en la historia de la botánica médica mexicana, las plantas medicinales de México y se hacen los primeros estudios experimentales y clínicos utilizando la herbolaria. En 1801, Mociño sugiere la formación de una materia médica mexicana y proponía ciertas plantas para su estudio y uso, ordenándolas por categorías según sus propiedades terapéuticas, de las cuales mencionaremos algunas:

- Astringentes: ulli (*Castilleja elastica*).
- Estimulantes: yoloxochitl (*Talauma mexicana*).
- Corrosivos: chilli (*Capsicum annuum*).
- Picantes suaves: yerba santa (*Piper sanctum*).
- Narcóticos: yerba toloache (*Datura stramonium*), tabaco (*Nicotiana tabacum*).
- Refrigerantes: timbiriche (*Bromelia karatas*).
- Delmucentes: yerba dulce (*Lippia dulcis*).

- Febrífugos, **tónicos y antisépticos**: **prodigiosa** (*Brickellia spp.*).
- Antiespasmódicos: **raíz del gato** (*Valeriana spp.*).

Como observamos, el estudio de las plantas medicinales hace dos siglos marca el inicio de la investigación científica de las plantas medicinales, según los cánones de la época, pero no se menciona o reconoce quién es el herbolario o curandero que aporta la experiencia y tiene el conocimiento.

Avances **durante los siglos XIX y XX**

Consolidada la independencia de México, **en 1888** se fundó por decreto presidencial el Instituto Médico Nacional, que se constituye como el primer centro científico de corte multidisciplinario. Su objetivo de trabajo era el estudio de la flora médica del país y cabe destacar que el programa inicial del Instituto Médico Nacional abarcó el estudio de doce especies que fueron el yoloxochitl, nopalillo, zoapatli, yerba de Puebla, colorín, añil, yerba del burro, llorasangre y matarique.

Las investigaciones de las plantas medicinales se daban a conocer en las publicaciones periódicas del Instituto Médico Nacional como la revista *El Estudio* (1889-1893) y los *Anales de la N* (1894-1914). Otras obras publicadas por el Instituto en el transcurso de los años 1894-1898-1900 fueron *Datos para la materia médica mexicana*, *Materia médica mexicana y Monografías mexicanas de materia médica*; en 1902 se edita *Curso de historia de drogas* de Juan Manuel Noriega, y en 1913 se publica la obra *Farmacológica Nacional* (Fernández del Castillo 1961).

En esta época, finales del siglo XIX, se elaboran 106 tesis en la Facultad de Medicina sobre el estudio de plantas medicinales, las cuales eran un requisito para optar a las licenciaturas de médico cirujano y obstetra, médico sanitarista militar y farmacéutico (Somolinos 1989). Tras un cuarto de siglo de funcionamiento, el Instituto Médico Nacional desapareció el 6 de septiembre de 1915 por orden del presidente Venustiano Carranza (Terrés 1917).

En 1933 Maximino Martínez, botánico autodidacta, decidió tomar en cuenta el saber popular enviando una encuesta a todos los maestros rurales del país con el objetivo de que éstos registraran en sus comunidades los usos medicinales de las plantas y trataran de recolectarlas; con esa información de primera mano se publicó el libro *Las plantas medicinales de México*, que es ya un clásico de la literatura sobre el tema.

En 1950 aparece la magnífica obra de Francisco Guerra *Bibliografía de la materia médica mexicana*, y en 1952 se publica la *Nueva farmacopea mexicana* de la Sociedad Farmacéutica Mexicana.

Los avances significativos en el estudio de la herbolaria durante el siglo XX se dan a partir de los años setenta, primeramente con la fundación, en 1975, del Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales (IMEPLAM), cuyo esquema de trabajo era interdisciplinario y su objetivo principal de estudio fue conocer y convalidar experimentalmente el uso popular medicinal de las plantas mexicanas (Lozoya 1976).

Durante su corta vida (apenas cinco años), esta institución presenta avances y logros sorprendentes dentro de la botánica médica, primero al tomar en cuenta el trabajo etnobotánico para conocer con más detalle el uso, la forma de recolección y la biología de una planta medicinal a partir del acercamiento con aquellos que tenían la experiencia y el conocimiento sobre las plantas medicinales, es decir, con los viejos titiciti o médicos tradicionales, entrevistándolos y procediendo a la recolección de las plantas. En segundo lugar, la formación del primer herbario especializado en flora medicinal del país, y en tercer lugar, tomar en cuenta la información de campo recopilada por los etnobotánicos para formular los modelos experimentales en farmacología y fotoquímica y así convalidar experimentalmente ese uso popular de las plantas medicinales mexicanas. Sin embargo, el aspecto fundamental fue el tomar en cuenta y reconocer por primera vez a los poseedores del conocimiento.

A partir de estos estudios etnobotánicos médicos se pudo conocer nuevos usos medicinales de plantas para enfermedades de nuestra época como la diabetes mellitus, observando que diversas especies de *Opuntia* y la raíz de *Crataegus pubescens Steud.* se utilizan popularmente para regular los niveles de glucosa (Aguilar 1995, Aguilar y Xolalpa 2002).

El IMEPLAM fue integrado posteriormente al Instituto Mexicano del Seguro Social en los años ochenta y, por primera vez en la historia de una institución de salud pública, se implementa un programa piloto sobre medicamentos herbolarios, administrando a los pacientes hojas de *Psidium guajava* L. para el tratamiento de trastornos del aparato digestivo, y flores de *Gnaphalium* para el tratamiento de afecciones del aparato respiratorio, todo esto a partir del análisis de la información etnobotánica del herbario IMSS (Aguilar 1991).

Por otro lado, en el decenio de 1980 se van conformando asociaciones civiles que trabajan los aspectos de la salud y nutrición en las comunidades. Dichas asociaciones promueven el Movimiento de Salud Popular, con la formación de los llamados "promotores de la salud". Son personas que conocen o comienzan a estudiar el arte de curar con hierbas medicinales; por lo general este personal tiene interés en trabajar en pos de la salud de su comunidad, llámense curanderos, hierberos, parteras o jóvenes que se inician en el conocimiento de las plantas medicinales. Es aquí donde la investigación académica es rebasada por la acción; la gente está urgida de propuestas "herbolarias" para sanar algunas afecciones; también se inician las llamadas "caminatas botánicas" con los promotores de salud para conocer la flora medicinal de una región determinada y propiciar el intercambio de experiencias y conocimientos entre la gente del lugar y el investigador. De esta manera se ha fomentado la elaboración de los "mini herbarios" de plantas medicinales, que vienen rescatando y representando la memoria médica botánica de las comunidades.

En los años noventa del siglo pasado las instituciones gubernamentales y de salud empiezan a

reconocer más abiertamente el quehacer de los herbolarios o médicos tradicionales, y se forman las asociaciones de médicos tradicionales indígenas, que continúan hasta nuestros días. Esto es de suma relevancia para el país y para la medicina mexicana. En lo referente al recurso herbolario, se da un paso importante con la elaboración y venta de medicamentos con plantas medicinales nativas, que cuentan con el aval de herbario exigido por la Secretaría de Salud para la comercialización de estos productos.

Por otro lado, gracias al primer herbario de plantas medicinales del país (el actual Herbario Medicinal del Instituto Mexicano del Seguro Social), se proponen los primeros cuadros básicos de flora medicinal tomando en cuenta la sabiduría y experiencia de los curanderos y curanderas de México. Asimismo, se evidencia la existencia de plantas que se usan para el mismo padecimiento en el norte, sur, este y oeste del territorio nacional (Aguilar y Camacho 1984). A su vez, se realizaron los cuadros básicos por aparatos y sistemas del cuerpo humano (Aguilar y Camacho 1985, Aguilar *et al.* 1994) y por enfermedades (Aguilar *et al.* 1998).

Avances en el siglo XXI

En el siglo XXI, continúa la creación de hospitales mixtos, que brindan conjuntamente los servicios de la medicina alópata y la medicina tradicional herbolaria, donde atienden los médicos académicos y los curanderos, dejando al paciente la decisión de elegir el tipo de medicina con la cual desea ser atendido. Estos hospitales mixtos dependen de la Secretaría de Salud, a nivel federal y estatal, además del Instituto Mexicano del Seguro Social. En éste último nivel se imparte un Curso Monográfico de Medicina Tradicional y Herbolaria a los médicos del Instituto, avalado por las Coordinaciones de Investigación y Enseñanza Médica de dicha institución; por su parte, la Secretaría de Salud comienza a impartir un curso similar a sus médicos.

La aparición de la *Farmacopea Herbolaria de los Estados Unidos Mexicanos* (2001) enfatiza la

importancia de las plantas medicinales en este inicio de siglo, específicamente para su utilización industrial. Por otro lado, hay que resaltar su *Ex-trafarmacopea*, en la que algunas plantas mexicanas son monografiadas y se mencionan numerosos ejemplos de plantas de amplio uso popular que sólo cuentan, por el momento, con el respaldo del trabajo etnobotánico.

El Programa México País Multicultural de la Universidad Nacional Autónoma de México y la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas publica en formato digital la obra *Biblioteca de la Medicina Tradicional Mexicana*, con diferentes enlaces sobre el tema (Zolla *et al.* 2009), mientras que la Comisión Nacional de la Biodiversidad publica diversos tomos sobre el Capital Natural de México, dando a conocer la situación actual de la flora medicinal de México (Balvanera *et al.* 2009).

Respecto a los programas llevados a cabo en el Instituto Mexicano del Seguro Social como investigación clínica directamente con pacientes a los que se ha administrado el producto natural, tenemos en los últimos años el uso de *Cecropia obtusifolia* Bertol (Guarumbo) para bajar los niveles de azúcar de los diabéticos (Herrera 2004); *Hibiscus sabdariffa* L. (Jamaica) en el caso de pacientes con colesterol alto e hipertensos (Herrera *et al.* 2004); *Solanum chrysothrichum* (Sosa) para eliminar la *Tinea pedis* (Herrera *et al.* 2003) y para eliminar *Candida* en afecciones vaginales (Herrera *et al.* 2009). Las investigaciones clínicas han tenido mucha aceptación por parte de la población derechohabiente.

La Secretaría de Salud, a través de su Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, propone el fortalecimiento de los servicios de salud con la medicina tradicional incluyendo la herbolaria, principal recurso terapéutico de esta medicina, en el marco legal de una política nacional de Medicina Tradicional, inscrita en el programa Sectorial de Salud 2007-2012 con el Programa de acción de Medicina Tradicional y Sistemas Complementarios,

formando los Hospitales Integrales con Medicina tradicional. En estos nosocomios se incluye el parto vertical como antaño se practicaba en algunas partes del país y las farmacias verdes donde se encuentran preparados galénicos y las propias plantas medicinales (Almaguer *et al.* 2009).

La Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud (CIFRHS) de la Secretaría de Salud, a partir del año 2008, está trabajando en las políticas educativas para el establecimiento de la maestría o especialidad médica sobre Medicina Tradicional y Herbolaria.

El Gobierno de la ciudad de México, en este año de 2009, impulsa la incorporación de la herbolaria, acupuntura y homeopatía en sus diversos hospitales y clínicas del Distrito Federal, abarcando una población de millones de habitantes que pueden recurrir a este tipo de medicinas. De esta manera, otorga un reconocimiento a la sabiduría médica herbolaria ancestral, valorando al mismo tiempo lo que representa para darla a conocer y potenciar su aplicación en sus servicios de salud.

Comentario final

En la actualidad, no podemos abordar el tema del estudio de las plantas medicinales en nuestro país sin abordar la discusión global que se está desarrollando en relación con el uso de la biodiversidad y su conservación en nuestro planeta.

A partir de la declaratoria de la Convención para la Biodiversidad en 1992, donde se establece la necesidad de preservar el recurso biológico del planeta y el derecho soberano que tienen los pueblos sobre el uso y usufructo de esta riqueza, se plantean diversas interrogantes con respecto a los mecanismos más adecuados para la conservación tanto del recurso biológico, como del conocimiento que sobre el mismo han desarrollado los diferentes grupos humanos que hacen uso de la biodiversidad.

En contraposición con la percepción de la naturaleza que sustentan diversos grupos humanos,

para los cuales es impensable agregar un valor económico a un entorno que forma parte de su existencia y satisface múltiples necesidades, incluidas naturalmente las simbólicas, una de las alternativas que se ha propuesto como viable para la conservación de la biodiversidad es la asignación de un valor económico tanto por los servicios ambientales que brinda, como por la riqueza que se genera a partir de su utilización en diferentes ámbitos industriales, particularmente el farmacéutico.

De acuerdo con los actuales marcos comerciales establecidos por la Organización Mundial del Comercio (OMC), y el tratado de protección de derechos de propiedad intelectual vigente (acuerdo TRIPS: Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights), la biodiversidad necesita adquirir valor económico para poder ser valorada, y los productos que se deriven de ella puedan brindar beneficios a los poseedores del conocimiento sobre el recurso (WHO 2001). No obstante, diversas organizaciones indígenas y organizaciones no gubernamentales han planteado la inviabilidad de esta asignación de valor económico a la biodiversidad, así como la improcedencia de la "privatización" de un saber socializado. De la misma manera, se han pronunciado por la necesidad de establecer un nuevo tratado sobre propiedad intelectual específico para proteger tanto al conocimiento tradicional sobre la biodiversidad como a sus poseedores (Jancanamijoy 2001, Declaración de Chevéo 2002).

Paralelamente al surgimiento de la Convención para la Biodiversidad, a principios de la década de los noventa, se manifiestan los llamados estudios bioprospectivos que implican, a partir del conocimiento generado por las distintas culturas humanas sobre sus recursos biológicos, la identificación de nuevas sustancias o procesos tecnológicos susceptibles de aplicación industrial (Shyamsundar y Lanier 1994).

Es tentador mirar al pasado y reconocer como bioprospección numerosos trabajos botánicos, etnobotánicos y antropológicos, pero los estudios

bioprospectivos se encuentran íntimamente relacionados con el desarrollo de la biotecnología, por lo cual no podrían haber sido realizados con anterioridad, dado que no existían los elementos tecnológicos requeridos para su ejecución. En todo caso, podemos reconocer en las investigaciones de botánica económica los incipientes trabajos de bioprospección.

Asimismo, los trabajos bioprospectivos surgen con dos condicionantes que tienden a enmarcarlos como necesarios para la conservación de la biodiversidad. En primer lugar, los generadores del conocimiento sobre el recurso de interés deben ser copartícipes de los beneficios que se generen a partir de los descubrimientos que se realicen y, en segundo lugar, es preciso trabajar en la conservación del recurso en su hábitat de origen. Sin embargo, los recursos económicos que se generen serán necesariamente condicionantes de un equilibrado reparto de beneficios y de una conservación del recurso; al agregar valor económico se puede generar una presión sobre el recurso que ocasione una pérdida de biodiversidad (Shyamsundar y Lanier 1994, India 2002).

Se ha planteado como un requisito indispensable, tanto para la realización de este tipo de proyectos como para el registro de nuevas patentes a partir del recurso biológico, el contar con un registro nacional de los recursos de que dispone cada país y el consentimiento informado de los poseedores del conocimiento y el recurso para la recolección de información y material biológico, así como el establecimiento de un contrato multilateral donde claramente se especifiquen los beneficios que la comunidad, región o país recibirán durante la realización del proyecto y los beneficios que se generen a partir del desarrollo biotecnológico de nuevos productos (Brasil 2002, México 2002, Perú 2002).

Sin embargo, todos estos elementos no garantizan una protección absoluta contra los fenómenos de biosaqueo que se han presentado en años

anteriores donde, a partir del conocimiento tradicional, se identifican nuevas sustancias o procedimientos tecnológicos desarrollados sobre la base de la tecnología tradicional y que son patentados por particulares o empresas multinacionales, sin repercutir los beneficios en los verdaderos generadores del conocimiento.

Finalmente, ante los recientes acontecimientos documentados a través de la prensa nacional (*La Jornada*, 09/07/02; *La Jornada*, 08/08/02) sobre los fraudes realizados por los grandes consorcios farmacéuticos y biotecnológicos, surge la duda sobre la confiabilidad de estas empresas para el cumplimiento de los contratos que suscriban para el teórico "aprovechamiento mutuo y redituable" de la biodiversidad.

Síntesis

El uso de las plantas medicinales en nuestro país a lo largo de cientos de años ha conformando un conocimiento médico socializado que durante mucho tiempo ha sido objeto del interés de investigadores y fuente de opciones terapéuticas alternativas para la medicina occidental. En la actualidad la industria farmacéutica y biotecnológica dirige su atención sobre el conocimiento popular de los recursos biológicos, particularmente los de uso médico, en la búsqueda de nuevas aplicaciones industriales de las plantas medicinales, lo cual ha propiciado numerosas controversias respecto de la propiedad intelectual de este conocimiento y la distribución equitativa de los beneficios que se deriven de su explotación comercial.

Bibliografía

Aguilar, Abigail

1995 "Botánica Médica (Logros y perspectivas)", en S. Guevara, P. Moreno-Casasola y J. Rzedowski (comps.), *Logros y perspectivas del Conocimiento de los recursos Vegetales de México en vísperas del Siglo XXI*. México, D. F.: Instituto de Ecología y Sociedad Mexicana de Botánica.

1991 "El estudio etnobotánico **de las plantas medicinales** en México", en Ríos, M. y Borgtoff, H. (eds.), *Las plantas y el hombre*. Quito: Abya-Yala.

Aguilar, Abigail *et al.*

1998 *Plantas medicinales del Herbario IMSS. Cuadros básicos por enfermedades*. México, D. F.: OPS-IMSS-Roche.

1994 *Plantas medicinales del herbario IMSS. Cuadros básicos por aparatos y sistemas del cuerpo humano*. México, D. F.: Instituto Mexicano del Seguro Social.

Aguilar, Abigail y Juan Raúl Camacho

1985 "Uso popular de las plantas medicinales y su distribución por aparatos y sistemas", en *Archivos de investigación Médica* 6 (suplemento).

1984 "La Herbolaria como recurso básico. Estadísticas nacionales", en *Medicina Tradicional y Herbolaria. Materiales para su estudio*. México, D. F.: Instituto Mexicano del Seguro Social.

Aguilar, Abigail y Santiago Xolalpa

2002 "La herbolaria mexicana en el tratamiento de la diabetes", en *Ciencia*, 53(3): 24-35.

Almaguer, Alejandro, José Hernán García, Vicente Vargas y Noemí Lugo

2009 "Farmaciasverdes: una estrategia posible y necesaria en México". Rev. *Ciencia, Conocimiento, Tecnología* N° 89: 40-45.

Anónimo

2002a *Declaración de Cherán. "En defensa de la Medicina Tradicional"*—, Encuentro regional de Médicos Tradicionales, 19 al 21 de abril, Cherán, Mich.

Anónimo

2002b *Recursos genéticos y derechos de propiedad intelectual*, Reunión ministerial de países con megadiversidad, 16 al 18 de febrero, Cancún, México.

Anónimo

1992 "Convenio sobre la diversidad biológica".

Balvanera, P., H. Cotler, O. Aburto, A. Aguilar *et al.*

2009 "Estado y tendencias de los Servicios Ecosistémicos". En: R. Dirzo, R. González e I. March (eds.), *Capital natural y Bienestar Social: Segundo Estudio de País. Segunda Parte*. México, D. F.: Comisión Nacional para el Conocimiento y Uso de la Biodiversidad.

Brasil. Gobierno de la República Federativa

2002 "Recursos genéticos y derechos de propiedad intelectual" en: *Recursos genéticos y derechos de propiedad intelectual*. Reunión ministerial de países con megadiversidad, 61-18 de febrero. Cancún México.

Caillaux, J. y M. Ruiz

2002 *Experiencias legislativas sobre acceso a recursos genéticos y opciones para los países megadiversos*. Reunión ministerial de países con megadiversidad. 16 al 18 de febrero, Cancún, México, Sociedad Peruana de Derecho Ambiental.

Fernández del Castillo, Francisco

1961 *Historia del Instituto Médico Nacional de México (1888-1915)*. México, D. F.: UNAM.

Herrera-Arellano, Armando, E. Jiménez-Ferrer, A. Zamilpa, M de los Á. Martínez-Rivera *et al.*

2009 www.biomedexperts.com/Abstract.bme/19189246/Exploratory_study_on_the_clinical_and_mycological_effectiveness_of_a_herbal_medicinal_product_from_Solanum_chrysotrichum, *Planta médica* 75(5): 466-71.

Herrera-Arellano, A., S. Flores-Romero, M. A. Chávez-Soto y J. Tortoriello

2004 www.biomedexperts.com/Abstract.bme/15330492/Effectiveness_and_tolerability_of_a_standardized_extract_from_Hibiscus_sabdariffa_in_patients_with_mild_to_moderate, *Phytomedicine: internacional journal of phytotherapy and phytopharmacology* 11(5): 375-82.

Herrera-Arellano, A., L. Aguilar-Santamaría, B. García-Hernández, P. Nicasio-Torres y J. Tortoriello

2004 "Clinical trial of *Cecropia obtusifolia* and *Marrubium vulgare* leaf extracts on blood glucose and serum lipids in type 2 diabetics". *Phytomedicine: international journal of phytotherapy and phytopharmacology* 11(7-8): 561-6.

Herrera-Arellano, A., A. Rodríguez-Soberanes, M. Martínez-Rivera, E. Martínez-Cruz, A. Zamilpa, L. Álvarez y J. Tortoriello

2003 www.biomedexperts.com/Abstract.bme/12802717/Effectiveness_and_tolerability_of_a_standardized_phytodrug_derived_from_Solanum_chrysotrichum_on_Tinea_pedis_acontroll *Planta medica* 69(5): 390-5.

Jacanamijoy, A.

2001 *Regulación y Protección para los Conocimientos Tradicionales, Diálogo sobre comercio, propiedad intelectual y recursos biológicos y genéticos en América Latina*, 22 al 24 de febrero, Cusco, Perú.

Lozoya, Xavier

1976 "El Instituto para el Estudio de las Plantas Medicinales A. C.", en Viesca (ed.), *Estudios sobre Etnobotánica y Antropología Médica*. México, D. F.: IMEPLAM.

Martínez, Miguel Ángel

1976 "Historia de las exploraciones etnobotánicas en plantas medicinales". En: Lozoya (ed.), *Estudio actual del conocimiento de plantas medicinales mexicanas*. México, D. F.: IMEPLAM.

Secretaría de Salud

2001 *Farmacopea Herbolaria de los Estados Unidos Mexicanos*. México, D. F.: Comisión Permanente de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos, SSA.

Shyamsundar, P. y G. Lanier

1994 "Biodiversity prospecting: an effective conservation Tool", *Tropical Biodiversity* 2(3) 441-446.

Somolinos, Juan

1989 "Las plantas medicinales y su uso en el siglo XIX", en *Revista Médica del IMSS*, 27(1): 10.

Torrés, José

1917 "Reseña histórica del Instituto Médico Nacional de México", *Gaceta Médica de México*, 11: 132-138.

Viesca, Carlos

1976 "La herbolaria en el México prehispánico". En: Lozoya, *Estudio actual del conocimiento en plantas medicinales mexicanas*. México, D. F.: IMEPLAM.

WHO

2001 *Report of the Inter-Regional Workshop on Intellectual Property Rights in the Context of Traditional Medicine*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Zolla, Carlos, Arturo Argueta y Soledad Mata

2009 *Biblioteca digital de la medicina tradicional mexicana*. Programa Universitario México País Multicultural. Edición de la Universidad Nacional Autónoma de México y la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.

HISTORIA DE LA MEDICINA ANDINA BOLIVIANA: PROBLEMAS Y SOLUCIONES POSIBLES

Jaime Zalles

Este artículo fue elaborado y revisado por Jaime Zalles Azín, o "Jimmy ", como era conocido entre amigos y colegas que se dedican en Bolivia al tema de la medicina tradicional y de la interculturalidad. Ya a partir de los años ochenta, Jimmy, junto con el Equipo de salud del Altiplano (ESA), empezó la batalla para lograr el reconocimiento del patrimonio cultural e histórico de la medicina boliviana; una lucha que lo vería llegar mucho tiempo después a ser el primer Viceministro de Medicina Tradicional e Interculturalidad de Bolivia, al inicio del Gobierno de Evo Morales.

Todos los que lo hemos conocido supimos apreciar tanto su calidad profesional como su dimensión humana y su dedicación al rescate de la sabiduría ancestral de Bolivia. Jimmy murió pacíficamente en 2007, en el desempeño de sus funciones de servidor público, dejando una huella y un recuerdo aún muy vivo entre todos nosotros, los "predicadores " de la Interculturalidad.

En tiempos pasados, el territorio ahora llamado Bolivia era el "Qollasuyo", el país de los médicos y de las medicinas. En la actualidad, Bolivia es el último país de América en atención de la salud, según los datos de la OPS/OMS y UNICEF.

El Qollasuyo o el Collao ha sido y es considerado en Bolivia como una región que ha desarrolla-

do una cultura eminentemente medicinal. Enrique Oblitas Poblete (1969) nos da en su libro la etimología correcta del término `kallawayaya' (o *qollawayuri*): *Bolla* = planta medicinal, *wayuña* = llevar algo colgado del hombro. Era el nombre que daban los aymaras a los que llevan al hombro sus "capachos" de plantas medicinales.

<i>Qo/la</i> =	Planta medicinal Habitante del Collao	<i>Qol/-aña</i> =	Curar
<i>Qo11-iri</i> =	Médico	<i>Qo11-una</i> =	Lo sagrado
<i>Qol1-a suyo</i> =	País de médicos y medicamentos	<i>Ka/l-awaya</i> o <i>qol/a-wayu</i> =	El que lleva al hombro las plantas medicinales
<i>Qoll-an uta</i> =	Casa de plantas medicinales	<i>Ku/l-awa</i> =	Farmacéutico itinerante
<i>Collacoto</i> = (barrio de Quito)	Sitio donde se reúnen los qollas = médicos	<i>Colocollao</i> = (barrio de Quito)	Mercado de plantas medicinales
<i>Qo11-an pampa</i> =	Llanura de plantas medicinales	<i>Qol/-an uyu</i> =	El corral donde hay medicinas
<i>Qoll-an jahuirá</i> =	Río de plantas medicinales	<i>Qol/-u</i> =	El cerro donde crecen los remedios naturales
<i>Qo11-i</i> =	Árbol medicinal		

UIND.: OBLITAS POBLETE 11.117.

Actualmente son los habitantes de diferentes comunidades de la provincia Saavedra al norte de La Paz. Médicos itinerantes que se desplazaban por los caminos del Incario con la misión de curar con sus plantas. Oblitas Poblete (*op. cit.*) menciona también al cronista Garcilazo de la Vega, que en sus *Comentarios Reales* afirmaba lo siguiente:

Estas purgas y sangrías mandaban hacer los más experimentados en ellas, grandes herbolarios, que los hubo muy famosos en tiempo de los Incas, que conocías las virtudes de muchas yerbas y por tradición las enseñaban a sus hijos, y estos eran tenidos por Médicos, no para curar a todos sino a los Reyes y a los de su sangre y a los Curacas y a sus parientes.

En el Qollasuyo los kallawayas, los qollas y kullawas se dedicaron plenamente al ejercicio de la medicina. Los más conocidos y estudiados fueron los kallawayas, probablemente el grupo de médicos originarios mejor organizado de América. Los quilla o qolla también han sido objeto de numerosos estudios y publicaciones, mientras que los kullawa o farmacéuticos itinerantes, siempre marginados y obligados a vivir en los pedregales de la Cordillera, donde la agricultura era imposible, nunca fueron estudiados, y ni siquiera figuran en los actuales catálogos de las etnias bolivianas. Se dedicaron a criar llamas, animales que se alimentan únicamente de

"paja brava", y con ellas hacían grandes travesías para proveerse y llevar plantas y elementos curativos desde la orilla del mar hasta el Altiplano y las zonas tropicales de Bolivia. El Altiplano andino de Bolivia fue, y sigue siendo, sin lugar a dudas, un centro desde donde se irradia el conocimiento médico. En palabras de Porfirio Díaz Machicao':

Los hombres de esta tierra son consejeros, augures y curanderos. Tienen una alta misión en su peregrinaje: socorrer al que va descaminado, curar al enfermo, mantener el alma con una infinita esperanza en el porvenir.

De hecho, los primeros españoles se admiraron en gran manera de las plantas curativas de México y del Perú, y en el primer siglo de la Conquista escribieron varias obras con información acerca de ellas.

...Había muchos herbolarios...-Comentaba Bernal Díaz del Castillo describiendo lo que vio en la plaza de Tlaltelolco, correspondiendo exactamente a lo que Cortés relatará en octubre de 1520 al Emperador Carlos V: Hay calle de herbolarios, donde hay todas las raíces y yerbas medicinales que en la tierra se hallan..., y agregaba: Hay casas como de boticarios donde se venden las medicinas hechas, así potables como ungüentos y emplastos (Díaz del Castillo 2001).

Gonzalo Fernández de Oviedo y Valdés, en el capítulo XIX de su *Historia general y natural de las Indias*, aparecida en 1537, habla de la planta que los

1 En el prólogo al libro de Enrique Oblitas Poblete, *op. cit.*

indígenas de Nicaragua llaman *yaat*, los de Venezuela *hado* y los del Altiplano andino llaman *coca*. Describe la coca cultivada en Nicaragua y sus usos exactamente como lo haría ahora un minero potosino o un campesino cochabambino (Fernández de Oviedo 1851).

El jesuita José deAcosta, que vivió en Juli (Perú), donde aprendió el aymara, relata que en su visita a Potosí padeció *sorojche* o mal de altura, para lo cual le recomendaron una infusión de hojas de coca. Así lo consigna en su libro *Historia natural y moral de las Indias*, publicado en Sevilla en 1590:

De esta materia de Plantas de Indias, y de licores y otras cosas medicinales hizo una insigne obra el Dr. Francisco Hernández, por especial comisión de su Majestad, haciendo pintar al natural todas las plantas de Indias, que, según dice, pasan de mil doscientas, y afirman haber costado esta obra más de sesenta mil ducados. De la cual hizo uno como extracto el Dr. Nardo Antonio, médico italiano, con gran curiosidad. A los dichos libros y obras remito al que más por menudo quisiere saber de plantas de Indias, mayormente para efectos de medicina (Acosta 1999).

En ese entonces, la medicina del Nuevo Mundo alcanzaba un grado de desarrollo cuando menos equiparable al de la medicina europea, como lo reconocen los autores mencionados con sus alabanzas. Corno afirma el gran estudioso de los kallawayas Louis Girault (1987), la botánica kallawayana no tenía nada que envidiar a la de Linneo.

Bolivia, como Qollasuyo, jugó en la medicina precolombina un papel preponderante, siendo el sitio de donde procedían médicos y medicinas para todo el Tawantinsuyo o el imperio de los Incas. Los kallawayas (los portadores de las medicinas) eran verdaderos científicos que atendían al Inca y recorrían el Incario de un extremo al otro.

El Imperio Inca contaba con 20.000km de caminos, desde el sur de Colombia hasta el norte argentino o la región de Copiapó en Chile. Se dice que los kallawayas de Curva viajaban a la Argentina, y los de Chajaya al Perú y a Chile; cada cual tenía sus

propios caminos y era delito merecedor de castigo incursionar en territorios ajenos (Oblitas Poblete 1978). Como decía Carlos Bravo, que escribió sobre estas cuestiones ya en el siglo XIX:

No es extraño ver a estos famosos curanderos en las calles de Buenos Aires, Santiago, Lima, etc.; muchos han atravesado el Atlántico y visitado las grandes capitales de Europa, para regresar después de algunos años a la patria querida, donde desempeñan los cargos administrativos que les encomienda su ayllu o el Corregidor del cantón (Bravo 1989).

En diciembre de 1999, en ocasión de la devolución del Canal de Panamá a los panameños, se dijo que 25.000 personas (trabajadores antillanos, panameños y estadounidenses, junto con los ingenieros franceses) murieron de malaria en la primera fase de construcción de dicho canal en 1905. ¡Lo que nadie dijo entonces fue que los kallawayas bolivianos fueron los médicos que curaron a los constructores del Canal, que se inauguró el 15 de agosto de 1914, con las propiedades medicinales de la quina y la coca!

Sin embargo, en este contexto, los primeros médicos españoles que llegaron al Nuevo Mundo, no tuvieron trabajo que desempeñar en estas tierras, y esa desocupación fue posteriormente la fuente de problemas y de la mutua exclusión.

El Dr. Rolando Costa Ardúz (1988) cita a Belisario Díaz Romero y a Bandelier:

... Finalmente recuerda las determinaciones de 1637 que rechazaban el proyecto de una Facultad de Medicina para Lima porque existían hierbas e indios que las manejaban con más eficiencia que los médicos... En todas las provincias del departamento de Puno no existe ni es conocido un regular médico. La tribu aborígen de callahuayas o yungueños son los únicos prácticos a través de una gran parte de Sur América.

Aunque estos sabios indígenas eran elegidos y preparados prácticamente durante toda la vida para ejercer un servicio como líderes políticos, culturales, religiosos y médicos, su historia no carece de sufrimiento y marginación, y no tardó mu-

cho en llegar el momento en que empezaron a ser discriminados y tachados como brujos. Las medicinas de los grupos originarios se volvieron rápidamente las medicinas de los conquistados. De medicinas elitistas pasaron a ser las medicinas del pueblo y del pobre. Las curaciones de los médicos indios se consideraron como "obra del demonio" y hasta la Inquisición se encargó de quemar a los "brujos curanderos".

Fue entonces una lucha entre una cultura dominante y una cultura derrotada también en su medicina. El médico hispano primero y luego el médico criollo salieron beneficiados en la lucha, mientras que los médicos originarios fueron arrinconados y luego pasaron a la clandestinidad. Los prejuicios crearon un abismo entre estos dos modelos médicos. Según Louis Girault (*op. cit.*), incluso el número de los kallawayas, que en el siglo XIX superaba los 500, se redujo a menos de 50 en el siglo XX.

Por otro lado, la estrategia de resistencia y defensa que adoptaron los sabios fue llamar a cualquier persona que cometiera abusos contra ellos *kharisiri*, *kharikhari* en aymara, o *lik'ichiri* en quechua. Es decir "aquél que te saca la grasa desde lejos, sin dejar cicatriz". En suma, los acusaban de practicar otra forma de "brujería".

El antropólogo español Fernández (1999), cita al cronista Cristóbal de Molina, quien ya en el siglo XVI (1570) documentó en sus escritos el pánico que despertaba entre los indígenas la avidez por la grasa de los indios. Se trata del mito del *kharisiri*, muy frecuente en el occidente boliviano y en los Andes peruanos. Era exactamente la época del descubrimiento de las plantas medicinales de América, pero era también el momento en que la medicina de los conquistadores se veía desplazada en el continente. Los sabios del Qullasuyo fueron perseguidos y condenados a la hoguera bajo la acusación de practicar la brujería, pero ellos se defendieron ideando una afrenta equivalente para sus enemigos: les atribuyeron la cualidad de *kharisiris*: el que te puede matar sacando la grasa de

los riñones (donde se cree reside la energía del ser humano) desde lejos y sin dejar marcas. Médicos primero, curas después, luego corregidores y militares son sucesivamente objeto de esta misma acusación.

Esta guerra **sin cuartel** entre "brujos y *kharisiris*" **sigue siendo** la causa de que Bolivia, el Qollasuyo, es decir la región de los médicos y de los medicamentos en el Tawantinsuyo, sea ahora el último país de América en cuanto a indicadores de salud.

Cuando la cosmovisión o concepción misma de la vida, la filosofía, la cultura, la religión, la lengua, la organización política y social son distintas, nos encontramos como encerrados en un gran círculo o esfera sin ventanas. Cuando en medicina la concepción de salud, enfermedad, vida y muerte es diferente, cuando la etiología y hasta las terapias son totalmente diversas, la única solución está en un trabajo en salud "articulado". Desde el punto de vista del médico, su experiencia de trabajo en **las zonas** rurales no es mejor que la del campesino en los centros de salud de la ciudad. El joven médico es destinado a un pueblo para **hacer su** "año de provincia". Ya el campesino le ha preparado la entrada con un nombre, le dirán el *kharisiri* o *kharikhari* "el que nos saca la grasa, el dinero". Con este desprestigio inicial y las experiencias adversas, tanto de los colegas anteriores como de los mismos campesinos, el médico comenzará a sentirse incómodo al ver el consultorio vacío. Las tarifas, para él módicas, serán consideradas como excesivas. Por su desconocimiento de la cultura local, cometerá equivocaciones al no respetar creencias y "tabúes", como por ejemplo echar a la basura la placenta de una mujer que acaba de dar a luz, ignorando que placenta y vida se identifican para el aymara. Sin prestigio, sin dinero, sin instrumentos de trabajo, sin medicamentos suficientes, sin farmacia, sin laboratorio, sin energía eléctrica y desconociendo la lengua de sus pacientes, herido en su buena voluntad inicial y en sus ideales, el médico recién egresado recordará

con amargura su experiencia de campo y se radicalizará el prejuicio de que el indio es ignorante, incapaz de progresar, lleno de absurdas ideas mágicas y cerrado para la cultura.

En realidad, lo que sucede en ambos casos es un choque entre culturas, cosmovisiones y prácticas, donde los elementos de la cultura dominante se muestran impotentes para lograr aceptación dentro de la cultura dominada. Se necesita, entonces, respeto mutuo y al mismo tiempo una interrelación digna entre diferentes. Un diálogo y una comunicación permanentes, lo que llamamos aquí interculturalidad. Jacqueline Michaux y Xavier Albó nos dan las pautas para encarar la interculturalidad en materia de Salud. Michaux (2004) propone esta comparación:

El problema de la salud en Bolivia es comparable a un "cubo mágico": imposible armar una cara sin afectar a los demás lados. Las caras de la problemática en un país multicultural son múltiples: políticas, económicas, médicas, cognitivas, simbólicas, imaginarias, psicológicas, históricas y legales. Cada tópico alude a los demás, y todos se articulan en un profundo desencuentro intercultural... En este contexto llama la atención la falta de valoración del grado de complejidad que implica la interculturación, y, por otro lado la marginación de la comunidad como instancia de poder de decisión y de control. El sistema de salud se ha pensado desde un esquema verticalista monocultural encabezado por la Institución de salud, mientras las comunidades conciben su relación en forma de red... La Interculturación implica un triple proceso: afectivo (trato humano, no discriminatorio), cognitivo (entender el sentido de las diferencias "culturales" y metabolizarlas) y político (empoderamiento de las comunidades en asuntos de salud).

Por su lado, Xavier Albó sugiere: trabajar simultáneamente en varios planos: el interpersonal, el grupal y el estructural. La raíz fundamental de la interculturalidad está ciertamente en las relaciones interpersonales, es decir entre personas y grupos de personas; éstos son los dos niveles más inmediatos, pero no podemos quedarnos sólo en ellos.

Se debe llegar también a penetrar y transformar las instituciones y estructuras que constituyen todo el edificio social. Es decir, lograr que las instituciones estén estructuradas de tal forma que reflejen y a la vez facilitan las relaciones positivas entre los diversos grupos de personas... Finalmente la plenitud intercultural se dará cuando, a través de este trabajo simultáneo en los tres niveles se llegue a transformar toda la sociedad y todo su modo de pensar y proceder; cuando lleguemos a ser iguales sin dejar de ser distintos: iguales en nuestra aceptación pública y en nuestras oportunidades, pero distintos en nuestras identidades personales y de grupo. Cuando nos sintamos todos felices y orgullosos de vivir en una sociedad basada y organizada en función de este respeto por su diversidad cultural que a todos nos enriquece (Albó 2004).

Es necesario fortalecer el conocimiento de los médicos tradicionales de Bolivia, volver a entregar a estos sabios el papel y la importancia que les corresponde en el manejo y resolución de los problemas de salud. Un paso importante es la decisión de incorporar como un tema a lo largo de todas las carreras de Ciencias de la Salud, todo lo que tenga que ver con las peculiaridades de cada región, de cada grupo humano y sus diferencias culturales en relación a la salud. Habría que pensar en un diálogo muy profundo con la gente que de hecho hace salud en las comunidades, promoviendo su participación y una labor conjunta con el personal de salud. Así como crear el contexto favorable para un cambio de actitudes, teniendo siempre a un mayor respeto y acercamiento.

Un papel importante corresponde a la Antropología Médica, que, como especialista en las culturas, actúa de mediadora, formadora e informante, ofreciendo soluciones similares a las que se toman en la problemática de género: aceptar las diferencias primero y luego establecer un diálogo entre iguales, donde cada parte tiene los mismos derechos, prescindiendo de lo que nos divide, respetando las diversidades reales y, en este caso, buscando el objetivo común de una mejor salud para Bolivia.

Gerardo Fernández, en su texto ya mencionado, apunta las siguientes conclusiones:

- Cada cultura resuelve sus problemas desde sus propios puntos de vista, sus capacidades y recursos. También se resuelven los problemas de salud desde la propia perspectiva.
- Hay enfermedades definidas como ajenas que pueden resolverlas los ajenos: Postas y centros sanitarios.
- La Antropología Médica tiene como objeto de estudio y análisis todos aquellos aspectos implicados en la conceptualización cultural de la enfermedad y su resolución terapéutica y constituye una perspectiva analítica particularmente oportuna en ciertos Estados de América Latina de marcado talante pluricultural y multilingüe donde abundan los conflictos.
- Bolivia, por sus actuales características de último país de América en cuanto a indicadores de Salud, debería tomar en serio las directrices y orientaciones que las políticas sanitarias internacionales demandan del Estado boliviano. La delegación de semejante responsabilidad a licenciados en medicina y profesionales sanitarios sin ninguna formación o capacitación simplemente informativa en su perfil curricular académico sobre la diversidad cultural y las peculiaridades del entorno social donde van a ejercer su profesión, acrecienta una brecha crítica de separación entre las formas de la medicina étnica y las actitudes prepotentes que habitualmente manifiestan los equipos sanitarios convencionales.
- Las relaciones de poder, de autoridad, de competencias médicas, de terapias, la relación entre médico y paciente, el gravamen económico, el sentido de eficacia, la tozudez e intolerancia de los pacientes, la referencia y delegación cuando ya nada se puede hacer, los fracasos tanto desde el curandero como en el quirófano, son aspectos clave que resultan substancialmente diferentes entre los equipos convencionales y las formas que se adoptan en el seno de las diversas culturas indígenas americanas.
- El profundo sentimiento humanista que aparece inmerso en las prácticas médicas indígenas debería llevarnos a reflexionar sobre la humanización de la medicina occidental.
- Resulta gratificante contrastar desde la Antropología la diversidad de opciones planteadas por los diferentes grupos étnicos americanos en relación con el tratamiento de la enfermedad. Gratificante en el sentido de resistencia y freno a las pretensiones de globalización cultural que imperan en estos tiempos.

Hay temas sobre los cuales es preciso reflexionar, como "la importancia del conocimiento de la lengua de los pacientes" y las "conceptualizaciones nativas de la enfermedad". ¿Se puede reflexionar sin el parecer de la otra parte? ¿Se encuentran médicos dispuestos a aceptar y respetar el quehacer de los sabios y médicos nativos en pie de igualdad, en un marco de simetría en las relaciones de poder? ¿Puede enriquecerse en estos debates el que sonríe altanero desde su trono como poseedor de la verdad absoluta?

Comparando con la realidad de hace 25 años, se están dando pasos esperanzadores, que en ese entonces se nos figuraban simplemente como utopías. Bolivia aceptó formalmente la vigencia de las medicinas indígenas y llegó a reglamentar el ejercicio de las medicinas alternativas. En el año 2003, la UNESCO declaró a la cultura kallawaya "Obra Maestra del Patrimonio Oral de la Humanidad". Hace apenas un cuarto de siglo resultaba impensable la posibilidad de estudiar formalmente las plantas medicinales, y ahora se realizan esos estudios en diversos institutos dependientes de las facultades de Farmacia, Bioquímica y Química. De hecho, hay equipos de investigadores que han estudiado más de 500 plantas medicinales en los últimos años. Por otro lado, en Potosí y en La Paz se ha iniciado un proceso de sensibilización del personal médico hacia temas de salud intercultural, como el Postgrado en Salud Intercultural "Wi-

llaqkuna". Estas iniciativas constituyen los primeros pasos en la dirección correcta para solucionar, poco a poco, el problema.

Sin embargo, las experiencias positivas de atención médica en el campo son limitadas y efímeras, y se deben más a la capacidad de apertura y respeto que puedan tener individuos aislados del personal por la gente atendida y su entorno cultural. En palabras de Fernández Juárez (*op. cit.*), las soluciones tienen que ser muy serias: "no pueden ser soluciones de *plomero*, un remiendo aquí, una chapuza allá,

pero el problema sigue resultando estructural a lo largo de toda la cañería".

Corresponde a las autoridades de salud y a quienes programan el currículo de las Facultades de Medicina introducir disciplinas, conceptos y prácticas de salud como la antropología médica, junto a otras materias complementarias tales como las lenguas nativas, la cosmovisión de salud de cada etnia, la farmacopea local, etc., como elementos mínimos que guíen el trabajo del futuro médico de las provincias y las áreas urbanas de Bolivia.

Bibliografía citada

Acosta, José de

1999 *Historia natural y moral de las Indias*. Alicante, España: Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes.

Albó, Xavier

2004 "Interculturalidad y Salud", en *Salud e Interculturalidad en América Latina*. Quito: Abya-Yala: [65-74].

Bravo, Carlos

1989 "Clasificación de plantas medicinales usadas en la farmacopea callahuaya o sea de los indios curanderos Aymaras que el Comité Departamental de La Paz remite a la Exposición Universal de París". La Paz: Imprenta La Paz.

Costa Ardúz, Rolando

1988 *Compilación de estudios sobre medicina kallaway*. La Paz: Instituto Internacional de Integración.

Díaz del Castillo, Bernal

2001 *Historia verdadera de la conquista de la Nueva España*. Madrid: Ed. Dastin, colección Crónicas de América.

Fernández de Oviedo y Valdés, Gonzalo

1851 *Historia general y natural de las Indias*, Vol. 1. Madrid: Real Academia de la Historia.

Fernández Juárez, Gerardo

1999 *Médicos y yatiris. Salud e interculturalidad en el Altiplano aymara*. Cuadernos de investigación CIPCA 51. La Paz: CIPCA y EAS- OPS/OMS.

Girault, Louis

1987 *Kallaway. Curanderos itinerantes de los Andes. Investigación sobre prácticas medicinales y mágicas*. La Paz: Unicef, OPS y OMS.

Michaux, Jacqueline

2004 "Hacia un Sistema Intercultural en Salud", en *Salud e Interculturalidad en América Latina*. Quito: Abya-Yala: 107-126.

Oblitas Poblete, Enrique

1978 *Cultura Kallaway*. La Paz: Ediciones Populares Camarlinghi.

1969 *Plantas medicinales de Bolivia*. Cochabamba y La Paz: Los Amigos del Libro.

MÓDULO
LA RELACIÓN MEDICO-PACIENTE
DESDE UN ENFOQUE INTERCULTURAL

LA ATENCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD AL PACIENTE EN SITUACIONES INTERCULTURALES

Luis Alberto Vargas

Introducción

Plantearemos el tema a través de una situación concreta. Veamos directamente el siguiente ejemplo:

En el curso de una misma mañana llegan a un consultorio tres mujeres de 25 años de edad con cuadros clínicos muy semejantes y que consistían en: rubicundez, fiebre, odinofagia y rinorrea intensa con moco transparente; la exploración arroja como resultado faringe enrojecida, sin pústulas y fiebre de 38°C.

Soledad informa que viene a consulta por haberse enfriado durante la tormenta del día anterior y desea que atendamos su problema de "calor trepado". Julia se ha autodiagnosticado como agripada. Irene padece de rinitis alérgica desde hace mucho tiempo, pero su sintomatología no es la habitual y piensa que su situación se ha complicado por no haber cumplido con la manda que prometió a la Virgen, patrona del pueblo.

Nuestra duda es: ¿estamos ante una sola enfermedad con tres maneras diferentes de padecerla, o

se trata de tres enfermedades distintas? ¿Cuál sería la conducta más adecuada frente a cada una de estas tres pacientes?

Las diferentes actitudes, valores y conocimientos que tanto el personal de salud como sus pacientes tienen sobre la naturaleza de las diferencias interculturales deben generar conductas específicas y evaluables, que llevarán a la mejoría de la calidad y calidez de los servicios, evaluadas ya sea mediante los criterios de la administración científica, ya sea con respecto a la percepción de los usuarios.

Los ejes en que nos centraremos son:

- los modelos biológico-lesional y humanista, fundamento de la atención a los problemas de salud individuales y colectivos;
- el desarrollo de una consulta y una atención médica centradas en la persona;
- el marco físico de la atención médica;
- el personal del equipo de salud;
- la organización de los servicios de salud;
- la calidez de los servicios de salud.

Los modelos **biológico-lesional** y **humanista**, fundamento de la **atención a los problemas de salud individuales** y colectivos

Se ha afirmado que la medicina es a la vez una ciencia y un arte. El aspecto científico está basado en nuestro conocimiento sobre cómo funciona y se enferma el cuerpo, y los procedimientos disponibles para recuperar o mejorar el estado de salud. Para fundamentar el diagnóstico, pronóstico y tratamiento ha sido de suma utilidad el modelo biológico-lesional, consistente en la identificación de las lesiones orgánicas que se manifiestan clínicamente de maneras determinadas, y que los médicos pueden percibir mediante el relato de sus pacientes, la exploración física y el apoyo que brindan los exámenes de laboratorio y gabinete, incluyendo la imagenología médica.

Un ejemplo clásico de lesión biológica identificable por la clínica es un absceso en el hígado, cuya causa demostrable es alguna especie de ameba. Para diagnosticarlo, la medicina se apoya en sus dos columnas básicas: la patología (conjunto de conocimientos sobre la naturaleza e historia natural de las enfermedades) y la clínica (técnica, procedimientos, habilidades y conductas para diagnosticar las lesiones del cuerpo y de la mente). El diagnóstico es el eje desde donde se plantea el tratamiento, se establece un pronóstico y se lleva a cabo la conducción del paciente para limitar o curar su enfermedad, aliviarlo, mejorar su estado de salud o, cuando menos, confortarlo.

Sin embargo, un problema de salud no se reduce a los efectos de la lesión en el cuerpo del paciente, que es lo que conocemos como enfermedad. Ésta afecta además a toda su personalidad y a buena parte de su vida emotiva y social, tanto de manera directa como por las exigencias que se derivan de ella.

Siguiendo con el ejemplo anterior, quien sufre de un absceso hepático amebiano lo ha adquirido por presentar determinadas características biológicas y

condiciones de vida que han propiciado el ingreso del parásito a su organismo y el que se aloje en su hígado. Para ello intervienen factores como la virulencia de los parásitos y su número, pero también la capacidad del cuerpo del paciente para combatirlos, vinculada, entre otros elementos, a su perfil inmunológico y su estado nutricional. Adicionalmente, el solo hecho de percibir alterada su normalidad hace que se sienta mal; la percepción de una amenaza para su supervivencia le provoca temores e inseguridad, además de obligarlo a buscar apoyo y hacer uso de sus capitales económico, cultural, social y simbólico.

A esta manera personal de experimentar y sobrellevar los problemas de salud se la conoce como *padecer*, y es el objeto de estudio y atención del arte de la medicina, basado en el modelo humanista. Este modelo tiene como centro de atención a la persona humana con problemas de salud, sean o no enfermedades, ya que se puede padecer en ausencia de enfermedad, como ocurre ante el temor de haberse contagiado del HIV/sida o en el caso de una madre preocupada porque su recién nacido se conserve sano y logre un adecuado desarrollo biológico, mental y social.

El modelo humanista tiene como requisito previo al modelo biológico-lesional, pero requiere además conocimientos sobre las características de la naturaleza humana en sus dimensiones psicológica y sociocultural, y para ello se apoya en las humanidades, particularmente en la filosofía, la psicología y la antropología.

Es evidente que la actual formación académica de las profesiones y carreras técnicas relacionadas con la salud -como la enfermería, la bioquímica, la nutrición, la fisioterapia, etc.- se centra en el manejo de la enfermedad e ignora el manejo del padecer, lo que hacen de mejor manera otros, como los especialistas en psicología, trabajo social o antropología clínica. Sin embargo, este último grupo profesional no suele estar presente en la mayor parte de las instituciones de atención de la salud, o su intervención se limita o se subordina a la de la medicina convencional.

De ahí que el personal de los equipos de salud requiera de capacitación en el manejo del padecer, lo que muchas veces implica un profundo cambio de actitud y la adopción de conductas concretas, pero que siempre deben estar basadas en genuinos sentimientos y voluntad de apoyar a quien padece.

Los principales modelos de atención en la consulta médica son:

- a. El paciente es considerado por el médico como un simple objeto deshumanizado de estudio, un reto intelectual, semejante a un animal de experimentación. De este tipo de relación, el personal médico solamente obtiene la satisfacción de aplicar sus conocimientos.
- b. El paciente es visto como portador de una enfermedad en la que el médico está interesado, por ejemplo, para ensayar nuevos tratamientos y aplicar un *protocolo de investigación*, por lo que considera fundamental el problema de salud y no a quien lo padece, como si estudiara una enfermedad dentro de un frasco de vidrio. De este tipo de relación, el personal médico obtiene la satisfacción de sentir que se involucra en la investigación.
- c. El paciente es visto como un animal enfermo y es simplemente el sujeto de las acciones del médico, quien le dice lo que debe hacer y el paciente está obligado a aceptar esta autoridad sin reflexión. De este tipo de relación, el personal médico obtiene la satisfacción de ejercer su autoridad.
- d. El paciente es considerado como cosa, ya que no ofrece ningún reto al médico; su enfermedad es común y el tratamiento está bien establecido, por tanto simplemente es un número más en las estadísticas e informes burocráticos. Se lo trata como una pieza más en la línea de montaje de una fábrica. De este tipo de relación, el personal médico deriva una justificación de su trabajo, por lo que rara vez obtiene alguna satisfacción y suele sentirse frustrado.

- e. El médico y el paciente participan mutuamente de manera activa y responsable en la solución del problema de salud. Lo fundamental aquí es entender al paciente como un semejante, *otro quien siente y vive como yo*, afectado de un problema de salud para el que los integrantes del equipo de salud cuentan con recursos para apoyarlo de manera integral, y no solamente en la esfera de su enfermedad. Este tipo de relación hace que el personal médico se sienta realizado como individuo y como profesional, percibiendo que ejerce plenamente la medicina.

No es fácil plantear técnicas sencillas para adoptar un enfoque humanista, pero debemos tomar en cuenta algunos principios básicos desde el punto de vista del equipo de salud. Presentamos los tres que ha propuesto la American Board of Internal Medicine:

- Integridad, entendida como el compromiso profundo de comportarse con honestidad, incluyendo la ponderación de los propios conocimientos, capacidades y habilidades.
- Respeto, que implica reconocer, acatar y satisfacer los derechos y las decisiones de los pacientes respecto a la vida, la muerte y lo que les ofrece la medicina. En este sentido, es fundamental entender el contexto cultural del paciente.
- Compasión, que es la respuesta positiva ante las necesidades humanas que emanan de las circunstancias especiales resultantes de la enfermedad, el padecer y el sufrimiento. Esta respuesta debe ser ponderada para evitar que el personal del equipo de salud se involucre emocionalmente al grado de dañar la objetividad en el manejo científico y técnico del paciente.

Para alcanzar estas cualidades se sugieren, asimismo, los siguientes lineamientos:

- a. Favorecer el autoanálisis de todo tipo de vivencias personales, incluyendo los propios problemas de salud y los de personas emocionalmente cercanas, como amigos y familiares.

- b. El contacto y la interacción con personas y otros profesionales de la salud que actúen como modelos positivos. En el pasado, este papel correspondió en México a maestros tan conocidos como Raoul Fournier, Federico Gómez Santos, Ignacio Chávez o Salvador Zubirán.
- e. El aprendizaje teórico y la asimilación de los aspectos básicos de situaciones concretas de la práctica médica. Por ejemplo: la relación médico-paciente, el manejo del paciente moribundo, la ética médica, etc.
- d. La adquisición de habilidades para la comunicación interpersonal de ideas, conocimientos, sentimientos y emociones.
- e. La capacidad de entender y manejar la complejidad de la vida humana bajo el modelo biopsicosociocultural.
- f. El desarrollo de un interés activo y participativo por la cultura humana, en el sentido más amplio posible, para así comprender la diversidad y profundidad de la experiencia de los humanos ante la vida en general y sus problemas de salud en particular.

Se han planteado las siguientes ocho preguntas (Kleinman, Eisenberg y Good 1978), cuyas respuestas iluminarán sobre lo que siente y piensa el paciente con respecto a su enfermedad y padecer:

- i. ¿Cuál considera usted la causa de su problema de salud?
- ii. ¿Por qué considera usted que su problema de salud comenzó en el momento que lo hizo?
- iii. ¿Cómo le afecta, o cuáles son las consecuencias de su problema de salud?
- iv. ¿Cuán grave es su problema de salud, y considera que va a durar poco o mucho tiempo?
- v. ¿Cuál es el tratamiento que debe recibir para resolver su problema de salud?
- vi. ¿Cuáles son los resultados más importantes que espera del tratamiento para su problema de salud?

- vii. ¿Cuáles son las principales consecuencias de su problema de salud sobre usted y su familia?
- viii. ¿Qué es lo que usted más teme de su problema de salud?

Analizar con cuidado y sensibilidad las respuestas a tales interrogantes ayuda a conocer e interpretar lo que realmente sienten y piensan los pacientes respecto a su problema de salud.

El desarrollo de una consulta y una atención médica centradas en la persona

Dado que la consulta médica es el acto más frecuente y en el que se ponen en juego los elementos que el paciente toma en cuenta para juzgar su satisfacción respecto de los servicios que se le ofrecen, analizaremos sus elementos constitutivos:

La premisa básica consiste en identificar los siguientes propósitos de una consulta médica:

- a. Diagnosticar el padecer del paciente y la enfermedad que puede encontrarse como sustento. Para el diagnóstico puede requerirse elementos externos como los laboratorios, gabinetes o la consulta con especialistas.
- b. Establecer el pronóstico del problema de salud del paciente, tanto en el caso de que siga las indicaciones prescritas como en la eventualidad de que no se someta a las mismas. En ocasiones, este pronóstico va más allá del paciente y abarca a su entorno social, como es el caso de las enfermedades contagiosas para las que es preciso establecer cambios profundos en el estilo de vida; por ejemplo, las enfermedades que afectan a la conducta del paciente, como la fiebre reumática, o aquellas cuyo tratamiento implica un alto costo, como algunos cánceres o el VIH/sida.
- c. Plantear y planificar el tratamiento más conveniente, tomando en cuenta las posibilidades reales que ofrece, el entorno, así como la capacidad física, cultural, económica, social

y simbólica del paciente. Por ejemplo, ante un mismo problema de salud, digamos un parto complicado, el tratamiento es diferente en un hogar rural aislado, en un centro de salud medianamente equipado, o en un hospital obstétrico especializado.

La consulta médica general idealmente se lleva a cabo en las siguientes etapas:

- a. La entrevista clínica, nombre que sustituye al de interrogatorio, ya que en el modelo humanístico se procura la participación activa del paciente, narrando lo relativo a su problema de salud y no solamente lo que atañe a su enfermedad. Durante esta fase, el médico juega un doble papel, por una parte deja al paciente desarrollar su narrativa motivado por preguntas abiertas, pero en ocasiones debe conducir el diálogo, mediante preguntas cerradas, hacia aspectos que aclaran situaciones. Éste es un ejercicio en el que se alternan la objetividad científica que busca pistas, indicios o certitudes para justamente contar con elementos para el diagnóstico, y la subjetividad humanista para percibir el cúmulo de valores, actitudes y sentimientos del paciente respecto a su vida, la posibilidad de morir, la inseguridad y su propio padecimiento.
- f. La exploración física, durante la cual se reconocen de manera objetiva la información concreta que presenta el cuerpo del paciente, sea mediante los sentidos o por medio de pruebas de laboratorio y gabinete.

La etapa de esclarecimiento, cuando el médico informa al paciente acerca de sus hallazgos provisionales o definitivos, en forma clara y accesible. Además, debe explicar cómo llegó a tales conclusiones y sus implicaciones para el futuro inmediato y mediato en la vida del paciente. Paralelamente, procurará estar abierto y genuinamente dispuesto a escuchar las dudas que puedan surgir en el paciente y aclararlas de

la mejor manera posible, sin temor a expresar que existen incógnitas que no pueden resolverse. Al final de esta etapa, es fundamental dejar abierta la posibilidad de contacto futuro entre médico y paciente con dos finalidades: dar seguimiento al tratamiento y aclarar las nuevas interrogantes que puedan surgir respecto al problema de salud y su tratamiento. En esta etapa, el médico debe ser fundamentalmente subjetivo en cuanto a entender la problemática concreta de su paciente, pero también muy objetivo, respecto a las necesidades biológicas que implica el tratamiento.

Algunos estudios llevados a cabo en México muestran la importancia de este procedimiento.

Al analizar a un grupo de 400 personas que habían acudido a consulta en el Hospital General de México, estudiadas todas al salir del consultorio y algunas en sus casas, se constató que había varios elementos que explicaban el hecho de que algunos pacientes hubieran seguido el tratamiento y manifestaran alivio de su problema de salud (Finkler y Correa 1996).

Los elementos de la relación médico-paciente que sí tuvieron un efecto estadísticamente positivo sobre el alivio fueron:

- El paciente recibió una explicación sobre la naturaleza de su problema de salud.
- El personal médico enunció un diagnóstico concreto. Esto se asoció con el hecho de que el paciente estuviera familiarizado con el diagnóstico en una persona conocida o por la seguridad y la claridad con la que le fue presentado por el médico.
- El paciente estuvo de acuerdo con el diagnóstico médico durante la primera o segunda consulta.
- El paciente pudo hacer preguntas al personal médico. La participación del paciente y el esclarecimiento de sus dudas es un componente fundamental de la consulta exitosa.
- El número de días que el paciente llevaba con el problema de salud antes de acudir a consulta, es

decir la cronicidad (en términos generales menos de un año para quienes mostraron alivio y cuatro años para los que no).

Mencionamos también aquellos elementos que no tuvieron efecto: el tipo y número de diagnósticos, los resultados de los estudios de laboratorio y gabinete, el número y tipo de medicamentos prescritos, o que el médico afirmara que el paciente se aliviaría con el tratamiento.

Tomar en cuenta los lineamientos anteriores es el primer paso para centrar las acciones en la persona, más allá de la enfermedad.

El marco físico de la atención médica

El lugar donde se brinda atención a los problemas de salud es lo primero que perciben el paciente y su familia, y por tanto es primordial para lograr la buena calidad y calidez de los servicios. Es frecuente que quienes diseñan consultorios, clínicas, centros de salud y hospitales sean arquitectos acostumbrados a trabajar en centros urbanos y que ofrezcan proyectos ideados para áreas metropolitanas. Esto no suele funcionar en el ámbito rural o indígena. Por ejemplo, sabemos de clínicas con piso de mármol en sus entradas, que resultaban frías e inadecuadas para los pies descalzos de los usuarios, o que eran dañados por el calzado con puntas de acero de algunos obreros. También es común encontrar la arquitectura con el sello y estilo del Instituto Mexicano del Seguro Social en pueblos con arquitectura tradicional mexicana de paredes blancas o coloridas y techos de teja, donde tales edificios contrastan y rompen con la armonía. No estamos sugiriendo que se construya con técnicas tradicionales ni que se ponga en riesgo la salud de los usuarios, usando, por ejemplo, pisos de tierra o techo de palma, pero sí que se tome en cuenta que la arquitectura debe ser familiar para los usuarios y, en cierto sentido les ofrezca un modelo para mejorar su entorno, pero sin lujos inalcanzables.

Es evidente que el marco arquitectónico debe ser adecuado para las condiciones geográficas y climáticas del lugar donde se construye. Por ejemplo, los techos planos en la Sierra de Chihuahua donde habitan los rarámuri son una invitación para que se desplomen si hay una nevada intensa, y los techos bajos en la tierra caliente son inadecuados para lograr temperaturas más bajas que las existentes en el exterior. Construir sobre plataformas puede ser una necesidad en zonas donde abundan los insectos y, así por el estilo, podríamos dar numerosos ejemplos de despropósitos que solamente requieren de sentido común para ser corregidos.

Ahora pensemos en que los lugares para la atención de los problemas de salud deben aprovechar el espacio y los recursos naturales. En las ciudades el terreno es caro, pero no así en el campo, por lo que debe respetarse la amplitud a la que las personas están acostumbradas y la que requiere el equipo de salud para trabajar de la mejor manera. En cada región y cada cultura existen límites para las dimensiones de un consultorio o un cuarto para internamiento que, de no ser entendidos, podrían resultar excesivamente grandes o pequeños en la percepción del paciente.

En el diseño de espacios para la atención de la salud deben tomarse en cuenta las necesidades del equipo profesional y las de los pacientes, así como las de los familiares y la comunidad. Por ejemplo, los espacios de espera deben estar diseñados para acoger no solamente a un paciente y algún familiar, como se espera en las ciudades, sino en ocasiones a la familia completa, que muchas veces se queda a dormir en los asientos o el suelo, mientras espera el desenlace de la situación crítica de su familiar. En algunos lugares puede resultar adecuado contar con un ambiente techado y con paredes destinado para estas personas.

En algunos lugares donde los recursos son verdaderamente limitados hemos visto soluciones ingeniosas y satisfactorias como el hecho de contar con una unidad central donde se encuentra

el consultorio, un cuarto para curaciones, cirugía menor o partos y los ambientes necesarios para almacenamiento, así como para la vivienda o reposo de los miembros del equipo de salud. Pero afuera se construyeron sencillas habitaciones y espacios para cocinar, donde la familia se hace cargo de atender directamente al paciente, por ejemplo, durante el posparto inmediato o después de una cirugía ambulatoria, o mientras se controla una infección. Desde el punto de vista estrictamente médico, ésta parece una situación arriesgada, pero en la realidad funciona adecuadamente dadas las limitaciones y la falta de recursos materiales y humanos.

Equipar unidades de atención en contextos interculturales requiere muchas veces salirse de los modelos de los hospitales urbanos, que las profesiones consideran lo deseable. Con esta forma de pensar, en algunos lugares del sureste mexicano se logró la instalación de hamacas, en lugar de camas, en las salas para internamiento. En ese contexto específico, el cambio tenía sentido, ya que las personas de esa región suelen dormir en hamaca y no están acostumbradas al uso de las camas. Recordemos que incluso es frecuente la atención del parto en hamacas. Una ventaja adicional fue la facilidad de cambiar y limpiar las hamacas, mucho más sencilla que el de las pesadas camas con su colchón y ropa (Campos 1997a y 1997b).

Entender las necesidades de los pacientes lleva a soluciones que no son frecuentes en otros ambientes; por ejemplo, al contar con salas de estancia comunes para los convalecientes, quienes pueden ayudarse los unos a los otros cuando el personal sanitario profesional es escaso, aplicando la genuina fraternidad que suele existir en muchas comunidades.

En todo caso, se debe procurar que el mantenimiento de los ambientes sea fácil y efectivo, lo que se logra a menudo con instalaciones visibles de agua y electricidad y el uso de materiales adecuados como el adobe con revestimiento, que es accesible, de bajo costo y un buen aislante térmico.

El personal del equipo de salud

Es evidente que el primer requisito que debe satisfacer el personal del equipo de salud es una sólida preparación profesional o técnica en los aspectos biomédicos. Ello incluye la capacitación de quienes ingresen a prestar sus servicios en áreas donde formalmente no se requiere de estudios. Por ejemplo, en algunos lugares se asigna a personal no capacitado tareas como la preparación de alimentos, el aseo de los pacientes y otras que requieren la adquisición de conocimientos y destrezas fundamentales, como las relativas a la higiene. También es importante organizar actividades de actualización e intercambio de experiencias profesionales y técnicas entre todo el personal que presta servicios de manera directa o indirecta a los pacientes y sus familias, por ejemplo, sobre avances en la prevención o tratamiento de enfermedades o sobre un trato más humano a los pacientes.

Cuando se trabaja en zonas donde se habla una o varias lenguas indígenas, es fundamental contar con personas que las dominen y que puedan servir de intérpretes entre los pacientes y el personal de salud que desconozca tales lenguas. Usamos el término intérprete y no traductor, ya que no solamente se busca traducir frases, sino el contexto personal, social y cultural en el que se emiten, lo que afecta su significado y es de suma importancia para la atención médica.

Es frecuente que los egresados de carreras universitarias desconozcan la variedad y complejidad de nuestras lenguas indígenas y las califiquen erróneamente como dialectos o las consideren formas de comunicación rudimentarias. Por el contrario, las más de 60 lenguas indígenas habladas actualmente en territorio mexicano pertenecen a familias lingüísticas tan diferentes entre sí como pueden serlo el francés y el chino, aunque desde luego, existen otras muy semejantes, por ejemplo, las distintas variedades (o en este caso sí dialectos) de la lengua mixteca, que se hablan en diferentes valles oaxaqueños, pero esto no implica que necesariamente quienes hablan una variante entiendan totalmente a los

hablantes de otra. El fenómeno es semejante a cuando un castellano hablante escucha una conversación en catalán, portugués o italiano: puede captar la idea general, pero no comprende la totalidad. En cambio, el yaqui le sonará a un mixteco tan extraño como el turco a un italiano.

Quienes desempeñen esta función de intérpretes deben ser reconocidos y remunerados como personal especializado, y deberán recibir capacitación en el manejo adecuado de la entrevista con los pacientes, sabiendo buscar los elementos que sean útiles para el diagnóstico y la planeación del tratamiento. El personal profesional se topará a menudo con la imposibilidad de una traducción completa de lo que ha dicho el paciente, sobre todo cuando se trata de conceptos fuertemente enraizados en la cultura. También ocurre lo contrario: determinados conceptos usados por el personal profesional no pueden ser traducidos satisfactoriamente a ciertas lenguas indígenas y resultan incomprensibles. Por ejemplo, pensemos en las implicaciones que el concepto de *susto* tiene en algunas regiones de México, o la dificultad que supone para ciertos indígenas comprender la idea de *radioterapia*.

En cualquier caso, será muy grato para los pacientes que el personal de salud cuando menos los salude y se despidan de ellos en la lengua local.

Es recomendable contar en cada turno de trabajo y durante todo el año con personal contratado localmente que no sólo domine como propia la lengua hablada en la región, sino que tenga también un conocimiento profundo y de primera mano de las costumbres de la comunidad donde se trabaja. Poco a poco adquirirán los conocimientos y las habilidades que les permitirán ajustar el trabajo institucional a las necesidades locales. Para aclarar mejor estos puntos veamos algunos ejemplos:

- En algunos lugares de clima cálido, la jornada laboral se inicia antes del amanecer y se desean-

sa en las horas en que el calor se hace menos tolerable, para reanudar algunas actividades al atardecer, cuando el calor afloja. Quienes estén acostumbrados a los horarios urbanos tendrán la impresión de que en esos sitios simplemente no se trabaja, lo que podría llevar a establecer horarios de consulta inapropiados, ya sea porque la mayoría de las personas se encuentran laborando en el campo, o en horas del día en que los pobladores locales no acostumbran a salir de sus casas debido al calor.

- Es común que los habitantes de las ciudades hablen de tú a sus pacientes y se dirijan a los ancianos con tratamientos como el de "abuelita" o "abuelito". En ciertos casos, esto puede representar una falta de respeto, y en otros la costumbre exige un trato reverencial para dirigirse a ciertas personas, empleando fórmulas adecuadas para manifestar el respeto debido a su condición y a su dignidad.
- Con frecuencia no se concede importancia al sentimiento de pudor de los hombres y mujeres indígenas de cualquier edad. Solamente hablando con las personas del lugar se puede evitar tratarlos de manera irrespetuosa, que en ocasiones causan humillaciones y deshonoras irreparables para alguna persona, por ejemplo, al obligarla a mostrar sus genitales en público.

Habitualmente se espera que el personal del equipo de salud que atiende a los pacientes en contextos interculturales sea el mismo que encontramos en instituciones de las ciudades. Sin embargo, considerando que las necesidades de los pacientes pueden ser diferentes, en algunos lugares de México y Latinoamérica se ha ensayado, con éxito, la colaboración con quienes practican la medicina tradicional. De esta manera se combinan, por ejemplo, los antibióticos y antipiréticos con una *limpia**, o se

* El *Diccionario* de la Real Academia de la Lengua Española ofrece, entre otras, la siguiente acepción de 'Limpieza': "En la santería, rito en el cual el santero, por medio de pases, sacrificio de animales e invocaciones, cura a alguien o lo libra de la mala suerte". (Nota del editor.)

acepta que los hueseros practiquen masajes a los pacientes. A primera vista, esto parecería inadmisibles para los equipos de salud formados en un contexto científico y convencional. Esta perspectiva queda superada si recordamos que la medicina científica se ha volcado exclusivamente en el modelo biológico-lesional, soslayando los aspectos psicológicos y socio-culturales que forman parte del padecer, frente al cual se encuentra mal preparada.

Un buen número de pacientes considera que el apoyo que brindan las medicinas tradicionales es un recurso fundamental para sobrellevar o resolver su problema de salud. Imaginemos a un paciente con un cuadro clínico que la medicina científica identifica como una tifoidea, pero que él interpreta como un *susto* causado por un encuentro con un ser sobrenatural bajo la forma de un animal peligroso. No cabe duda de que los medicamentos que los médicos puedan recetar ayudarán a resolver el aspecto biológico del problema, pero para el paciente -aunque experimente un alivio manifiesto- esto no será suficiente y no se sentirá satisfecho y realmente bien hasta que se haya recuperado la parte perdida de su alma y se haya eliminado la suciedad que, en su convicción, ha ocupado el vacío dejado por el alma ausente. Si tomamos en cuenta que el padecer abarca mucho más que la enfermedad, veremos la necesidad de atender los aspectos que trascienden el ámbito de la mera enfermedad, y la persona indicada para tal efecto es el especialista en *limpias* contra el *susto*. El médico científico se limitaría a decirle al paciente que no crea en supercherías, que todo está en su mente y, en el mejor de los casos, tal vez prescribirá un ansiolítico. Si consideramos la situación de manera objetiva, el tratamiento mediante una *limpia* no ofrece mayor riesgo para el paciente y, en cambio, le ofrece indudables ventajas potenciales.

Aunado a lo anterior, la presencia de dichos practicantes de las medicinas tradicionales en una institución de atención a la salud servirá para hacerla más aceptable para los pacientes y la comunidad. Desde luego que ésta no debe ser una situación pasi-

va por parte de **la institución**; por el contrario, debe buscar tanto su colaboración activa para entender la cultura relacionada con la salud de la comunidad y también capacitar a dichos practicantes para que sepan identificar aquellas situaciones en que los pacientes puedan beneficiarse del tratamiento oportuno por parte de la medicina científica.

Algo semejante se ha experimentado respecto a la colaboración con las parteras empíricas, cuya importancia no puede ni ignorarse ni desdeñarse y cuya asistencia puede resultar de gran beneficio **adicional mediante** una capacitación en las prácticas básicas de higiene. Además, ellas saben perfectamente que hay problemas que no pueden resolver y su contacto con las instituciones de salud favorecerá la canalización y derivación de estas pacientes complicadas, de manera oportuna y sin el temor de ser estigmatizadas.

De este modo se logrará una verdadera colaboración entre sistemas médicos en beneficio de los **pacientes**. La medicina tradicional puede convertirse en un elemento básico para el diagnóstico oportuno y la referencia de urgencias. La institución se beneficiará al situarse realmente en un contexto intercultural y mejorar sustancialmente la calidez de sus servicios.

Concretamente, proponemos que las actividades que debe desarrollar el personal de salud en una comunidad indígena comprendan, también, las siguientes:

- i. Recopilar la información demográfica, etnográfica y epidemiológica básica de la comunidad.
 - ii. Elaborar un glosario de los términos más utilizados por las personas de la comunidad para referirse a su cuerpo y condiciones de salud, así como las fórmulas de cortesía que deben emplearse en el trato cotidiano.
- Identificar las prácticas locales relacionadas con la salud y el manejo de la enfermedad y situaciones fisiológicas, tanto en el ámbito casero como por los especialistas, incluyendo a médicos indígenas, parteras y otros.

- iv. Identificar las formas adecuadas para el trato de personas de cada sexo y edad, tomando en cuenta el respeto, el pudor y los contenidos fundamentales de la ética.
- v. Recopilar e identificar los recursos botánicos con uso potencial para atender problemas de salud, para lo que se recomienda la caminata botánica.
- vi. Identificar las enfermedades existentes en la "patología" local. Por ejemplo, *susto*, *empa-cho*, *caída de la mollera*, etc.

La organización de los servicios de salud

Los servicios de salud abarcan una gama muy amplia, que va desde la aplicación del esquema básico de vacunación a un recién nacido hasta llevar a cabo una intervención quirúrgica. Para su prestación adecuada se requiere de una infraestructura capaz de brindar la calidad y calidez sobre las que tanto se insiste en este texto. Los dos principios básicos son: hacer las cosas con la más alta competencia técnica y profesional posible y con el respeto debido al trato con otra persona.

Un aspecto fundamental que debe ser analizado es el referente a la comida que se ofrece a los pacientes y al personal de salud. Muchas veces se siguen normas y procedimientos establecidos desde una oficina situada en el área urbana, donde se carece de los conocimientos más elementales acerca de los gustos, necesidades y recursos de las regiones en contextos interculturales.

Como ejemplo accesible del campo de la alimentación, recordemos que en México y en la mayor parte de Centroamérica la tortilla de maíz es el alimento más eficiente por su aporte de energía y proteínas a la dieta básica, a lo que se añade su costo sumamente bajo, comparado con otros alimentos. En las áreas urbanas la cantidad de tortillas que se consumen en una comida suele estar limitada, cuando mucho, a una media docena, ya que se tiene acce-

so a otros alimentos que complementan la dieta. En los contextos interculturales, la tortilla se acompaña a menudo únicamente de alguna salsa y frijoles, por lo que no debe llamarnos la atención el hecho de que una persona llegue a consumir más de un kilogramo solamente para acompañar la comida del mediodía.

Por otra parte, la tortilla suele ser el platillo básico, en torno al que gira el resto de la comida, ya que se usa para preparar tacos y acompañar casi cualquier otro alimento. Por tanto, privar de ella a los pacientes o limitar su consumo implica alterar su régimen alimentario habitual. Será papel del equipo de salud, y sobre todo de dietistas y nutricionistas, encontrar los recursos más accesibles en la comunidad para elaborar un menú que logre un equilibrio adecuado entre los criterios de nutrición, de higiene y de costos. De esta manera se evitará, además, el gasto superfluo en productos industrializados o incurrir en absurdos como difundir productos ajenos a la dieta habitual de los pacientes, o francamente dañinos para la salud. Así, ofrecer más de un vaso de leche a personas con intolerancia a la lactosa puede causarles dolor abdominal y diarrea, sin que la leche se encuentre descompuesta o contaminada.

Otra situación que amerita atención son los horarios de consulta y de visita. Ya mencionamos que éstos deben ajustarse a las necesidades de los usuarios, aunque primera vista puedan parecer irracionales para el equipo de salud. No es posible aplicar tiempos estrictos de reloj en comunidades donde el tiempo se mide con otros ritmos como el de la iluminación o el calor del sol, o las necesidades de atención de las labores del campo.

La farmacia es uno de los espacios donde pueden proponerse algunos cambios. El primero es abastecerla con los medicamentos que, por experiencia y con fundamento en la epidemiología, ofrezcan mejor relación costo-beneficio para los problemas de salud que se presentan con mayor frecuencia en la región. Pero también debe hacerse uso de algunos de los medicamentos tradicionales que sean de utilidad. En México existe ya una extensa bibliografía

fía sobre nuestra flora medicinal y varios productos elaborados a partir de plantas medicinales compiten con ventaja sobre los más caros que ofrece la industria. Dos ejemplos son el uso de las hojas de guayaba para controlar la diarrea -al igual que la mezcla de caolín y pectina-, y el zapote blanco para el control de la hipertensión arterial.

La calidez de los servicios de salud

Para poder hablar de calidez debemos partir del hecho de que un problema de salud afecta a la persona en su totalidad biológica, psicológica y sociocultural, efecto que se extiende además a su familia y a otros miembros de su red de relaciones sociales. Dentro de la complejidad que implica entender a la persona como una totalidad, hay algunos aspectos que debemos destacar y que acusan diferencias entre los grupos humanos:

- el lenguaje verbal y no verbal,
- el manejo del espacio y el tiempo,
- la estructura familiar y la ética.

El otro aspecto fundamental, es decir, las percepciones sobre la salud, la enfermedad, lo normal, lo patológico y el proceso de atención de los problemas de salud, será examinado en otro apartado.

A continuación desglosaremos brevemente cada uno de los aspectos mencionados.

El lenguaje

El lenguaje es el sistema de comunicación desarrollado por la especie humana, y se divide en dos grandes componentes:

El lenguaje verbal

El lenguaje verbal está constituido principalmente por palabras que tienen un significado concreto, y con frecuencia un segundo significado simbólico o metafórico. Este lenguaje oral puede ser expresado parcialmente en forma escrita. Por ejemplo, la palabra *dolor* tiene el sentido estricto y concreto de

sensación molesta percibida en alguna parte del cuerpo; pero en sentido figurado significa gran pena, tristeza o pesar, sin que haya una sensación física concreta. En ocasiones, la sensación de dolor es interpretada como placentera o como un mal necesario para obtener algún beneficio; así sucede cuando los pacientes solicitan una inyección, asumiendo que la molestia del pinchazo es una especie de auto-sacrificio indispensable para lograr una pronta mejoría. Generalizando, *dolores* puede referirse a un conjunto de sensaciones molestas, pero *Dolores* es también nombre de mujer, y aunque ambas palabras se pronuncien de igual manera, solamente podemos distinguir su diferencia por el contexto de la frase en que se insertan, o al ver escrita la segunda con mayúscula inicial.

Formando parte del lenguaje verbal, existe el paralenguaje, compuesto por el conjunto de modificaciones que imprimimos a las palabras al hablar. Si no lo utilizáramos, nuestro discurso sería como el de los robots que aparecen en las películas, cuyo lenguaje carece de matices y de emociones. El paralenguaje está formado por el conjunto de sonidos, silencios, entonaciones, tonos, ritmos y otros modificadores que se imprimen a la voz y que enfatizan, minimizan o simplemente dan color y emoción a lo que se dice.

Es importante destacar el papel jugado por los silencios durante la comunicación interpersonal, ya que se les atribuye escaso valor durante la consulta médica. Por ejemplo, debemos estar atentos para percibir si el paciente responde a una pregunta con un silencio, ya que esto puede denotar que no ha comprendido la pregunta o incluso el deseo de no responderla, por considerarla desagradable.

El lenguaje no verbal

El lenguaje no verbal se manifiesta a través de tres elementos:

- La gesticulación, expresiones de la cara, realizadas por los sutiles movimientos de dos zonas fundamentales, la periorbitaria y la peribucal,

ricas en la llamada musculatura de la expresión. Los párpados, pestañas, cejas y boca, mediante pequeños movimientos, son capaces de expresar una diversa gama de estados emocionales, tanto para modificar lo que se dice, como en un rico lenguaje silencioso, una de cuyas manifestaciones es la sonrisa.

- La mímica, originada por los movimientos y posturas que adquieren distintas partes del cuerpo de manera aislada o combinada. Hacemos ademanes que tienen significados concretos, y nuestros estados de ánimo se manifiestan, por ejemplo, mediante la forma de caminar, sentarnos o simplemente de mover las manos.
- La proxémica, establecida por la relación que guarda nuestro cuerpo con el de otros en el espacio. Podemos acercarnos a las personas que conocemos y con las que tenemos intimidad; en cambio, ante extraños guardamos distancias mayores. La cercanía o lejanía con el otro forma parte de nuestro sistema de comunicación; recordemos que los profesionales de la salud solemos traspasar los límites de lo que habitualmente se considera la intimidad, y tocamos partes del cuerpo de nuestros pacientes, a las que solamente personas selectas por el paciente tienen acceso, si se diera el caso. Los humanos compartimos con algunas especies animales el manejo de la territorialidad, es decir, de una zona que consideramos propia en torno a nuestro cuerpo y que defenderemos al juzgarla invadida.

El manejo del espacio y del tiempo

La proxémica depende del manejo del espacio que hacemos los humanos. Como la mayoría de las especies animales, consideramos propio y seguro un determinado territorio que rodea nuestro cuerpo y su invasión desencadena nuestra respuesta en forma de agresión o de huida. Es como si viviéramos rodeados de una burbuja que es solamente nuestra. Su tamaño varía de acuerdo con las circunstancias; por ejemplo: es de mediano **tamaño si** caminamos por una calle

congestionada; se reduce cuando entramos al metro en las horas de mayor tráfico, y se hace muy grande si caminamos por una calle solitaria durante la noche. La burbuja disminuye sus dimensiones para dar cabida a las personas emocionalmente cercanas y se puede romper al dar y recibir abrazos o besos.

Lo fundamental es entender que estas distancias varían de una cultura a otra. Nuestros pacientes pueden tener una territorialidad distinta a la nuestra e invadimos sus espacios, causándoles molestias, muchas veces de manera involuntaria, por ejemplo, al sentarnos en su cama de hospital, o al pasarles el brazo por el hombro. También podemos hacer buen uso de este espacio, por ejemplo al tomar de la mano o acariciar a una persona que sufre, pero debemos conocer de manera adecuada nuestras limitaciones hacia los demás.

Durante la consulta médica, el uso del espacio es fundamental. Hay quienes parecen distantes y fríos simplemente por el tamaño de su escritorio, y hay quienes lo suelen usar como una barrera para evitar que el paciente se acerque. Otros se aproximan al paciente hasta distancias que son percibidas como molestas, o tocan partes del cuerpo consideradas íntimas, sin pedir permiso.

Las relaciones interpersonales se dan en el tiempo y su percepción también depende de la cultura. El tiempo en las ciudades está precisamente reglamentado. Hay horas para despertar, comer, trabajar o descansar, pero estos tiempos no son los mismos en el campo. Un campesino de tierra caliente suele trabajar en su milpa antes de que salga el sol y deja de hacerlo cuando el calor es excesivo, hora que en la ciudad pueda marcar apenas el inicio de las labores.

En los servicios de salud imponemos los tiempos en atención a nuestros requerimientos y no necesariamente a las de los usuarios. Por ejemplo, limitar las horas de visita a los pacientes dentro de un centro de salud, puede chocar con los horarios de la comunidad, por ser esas las horas de trabajo en el campo o las de mercado.

Por otra parte, los pacientes sienten que tienen a su disposición el tiempo que les otorgamos para la consulta y muchas veces los servicios de salud están presionados por la gran demanda que se les presenta y limitan la duración de la consulta a menos de lo que es percibido como indispensable.

La estructura familiar y la ética

Solemos pensar en la familia en términos de padre, madre e hijos. Sin embargo, en México las familias pueden ser extensas e involucrar en el problema de salud de una persona a otros miembros como los abuelos, nietos, tíos, compadres, e incluso a las autoridades de la población. Recordemos también que forman parte de la familia personas que no son parientes, al punto que a veces se obtienen buenos resultados concibiendo como familia a quienes viven bajo un mismo techo o en un terreno, ya que suelen compartir sus ingresos y distribuirlos entre ellos, funcionando como la familia ideal que ha imaginado nuestra cultura.

Debido a su formación **académica, el personal** de salud supone que su paciente **es una persona.**

La realidad es más compleja. Quienes atienden niños saben que, cuando menos, deben tomar en cuenta a la madre, pero pronto reconocen que en realidad está involucrada toda la familia.

Sería muy largo mencionar todos los aspectos éticos que se encuentran involucrados en el trato con los pacientes. Ahí aparecerían asuntos como la autonomía o la confidencialidad. Sin embargo, existe una antiquísima regla práctica que no debemos olvidar: trata a los demás como desearías que te traten a ti. Este sencillo precepto debe guiar muchas de nuestras acciones cuando no conocemos bien la manera de pensar y de actuar de la población que atendemos. ¿Te gustaría pasar horas en una sala de espera? ¿Te gustaría ser tuteado por un extraño? ¿Admitirías que un extraño introdujera su dedo, sin aviso, ni permiso en algún orificio de tu cuerpo? ¿Cómo te sentirías si te dieran un papel lleno de palabras que no entiendes, sin ninguna explicación? Seguramente las respuestas son todas negativas; sin embargo, con frecuencia nos encontramos siguiendo tales conductas.

Bibliografía

Aguirre Beltrán, Gonzalo

1980 *Programas de salud en la situación intercultural*. México, D. F.: Instituto Mexicano del Seguro Social, Colección Salud y seguridad social, Serie manuales básicos y estudios.

Arenas Monreal, Luz María y Alfredo Paulo Maya

2001 "Apuntes sobre cultura y promoción de la salud", *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina* 4 (1): 6-9.

Campos, Roberto

1997a "La hamaca: historia, etnografía y usos médicos de un mueble americano", *Revista Médica del IMSS* 35 (4): 265-272.

1997b "La satisfacción del enfermo hospitalizado: empleo de hamacas en un hospital rural del sureste de México", *Revista Médica del IMSS* 35 (4): 287-294.

Campos, Roberto (comp.)

1992 *La antropología médica en México* (dos volúmenes). México, D. F.: Instituto de Investigaciones José María Luis Mora, Colección antologías universitarias.

Daltabuit, Magalí, Juana Mejía y Rosa Lilia Álvarez (coords.)

2000 *Calidad de vida, salud y ambiente*. Cuernavaca, Morelos: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Instituto de Investigaciones Antropológicas e Instituto Nacional Indigenista.

Finkler, Kaja

1997 "Gender, domestic violence and sickness in Mexico", *Social Science and Medicine* 45 (8): 1.147-1.160.

1991 *Physicians at work, patients in pain. Biomedical practice and patient response in Mexico*. Boulder, Colorado: Westview Press.

Finkler, Kaja y María Correa

1996 "Factors **influencing** patient perceived recovery in Mexico", *Social Science and Medicine* 42 (2): 199-207.

García Manzanedo, Héctor

1983 *Manual de investigación aplicada en servicios sociales y de salud*. México, D. F.: La Prensa Médica Mexicana.

Kleinman, Arthur, Leon Eisenberg y Byron Good

1978 "Culture, illness and care, clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research", *Annals of Internal Medicine* 88: 251-258.

Organización Mundial de la Salud

2002 *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Rubel, Arthur J., Carl W. O'Neill y Rolando Collado Ardón

1989 *Susto, una enfermedad popular*. México, D. F.: **Fondo de Cultura Económica, Colección popular 405**.

Zolla, Carlos (director)

1994a *La medicina tradicional de los pueblos indígenas de México*, 3 volúmenes. México, D. F.: Instituto Nacional Indigenista.

1994b *Diccionario enciclopédico de la medicina tradicional mexicana*, 2 volúmenes. México, D. F.: Instituto Nacional Indigenista.

LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE: UN ENFOQUE INTERCULTURAL

Andrea Caprara

*No creo que la comunicación intercultural sea imposible
pero tenemos que identificar las dificultades.
(Amartya Sen 1998)*

Introducción

Es ampliamente reconocido el hecho de que las desigualdades sociales y los factores macrosociales son los principales determinantes de la salud de una población. Sin negar la importancia de esta consideración, debemos señalar que el estado de la salud no depende únicamente de

factores sociales y económicos. Un enfoque de gran aceptación interpreta la enfermedad como un fenómeno influenciado por la cultura, entendida ésta como un conjunto de ideas, normas y comportamientos compartidos en un grupo sociocultural definido. La cultura influye la experiencia de la enfermedad de forma diferente en las distintas sociedades.

Preguntas iniciales

- ¿Recuerda usted algún episodio de su práctica clínica en el cual la cultura influyó en el proceso terapéutico?
- ¿Recuerda usted algunos factores culturales implicados en el proceso salud-enfermedad?

La influencia de la cultura en la experiencia de la enfermedad: algunos ejemplos en el departamento de Potosí

En el marco del curso de postgrado en salud intercultural Willaqkuna, en 2002 se realizó un primer

módulo sobre el tema: "Relación médico-paciente: Un enfoque intercultural". El módulo permitió identificar, ciertos problemas de comunicación fundamentales entre profesionales sanitarios y pacientes, y reflexionar acerca de ellos, como lo muestran los siguientes cuadros:

Visión de la relación médico-paciente en el área rural

Los médicos

desconocen las culturas locales

van al campo con sus planteamientos mentales urbanos

- principalmente curan, sin hacer uso de la medicina preventiva
- no hablan los idiomas locales

Las enfermeras

primero ganan la confianza del médico y luego la de los pacientes

en algunos casos se convierten en personas que discriminan a su propia gente

Los pacientes

- acuden primero a su curador tradicional
- cuando acuden al médico son reprendidos por su falta de higiene

Rasgos ideales que los profesionales sanitarios deberían procurar en la relación con los pacientes

Interés por desarrollar conocimientos suficientes de la lengua local.

Respeto por la cultura a la que se llega.

Trabajo para permitir a los pacientes la posibilidad de elección.

Esfuerzo por brindar una atención con calidez a los pacientes.

Búsqueda de la interrelación entre los sistemas de salud.

Resultados de los trabajos de grupo

Esta primera experiencia de formación contribuyó también a desarrollar dos proyectos de investigación sobre el mismo tema, que se llevaron a cabo en los meses siguientes (Salguero Tórrez 2002 y Durán Aranibar 2002). Un segundo módulo de capacitación sobre el mismo tema se realizó en 2006, y en este capítulo se presentarán los resultados, ya

sea de las investigaciones realizadas en 2002, ya sea de los trabajos de grupo realizados en el marco del módulo 2 en 2006.

Los resultados de dos trabajos de investigación llevados a cabo en el Postgrado en salud intercultural "Willagkuna" acerca de la relación médico-paciente, revelan algunos de los principales problemas en el contexto de la atención primaria en el departamento de Potosí (Salguero 2002, Durán Aranibar 2002).

Aparte de los aspectos organizacionales y la falta de una infraestructura física adecuada, los aspectos sociales y culturales son los que más influyen en la práctica médica. En cuanto a los factores culturales, tenemos que destacar la presencia de una nosografía propia, ligada al contexto cultural propio del paciente: las diversas concepciones de salud, de enfermedad, los símbolos corporales, el idioma, son sólo algunos de los aspectos centrales que influyen en la relación desde el inicio: "*susto*", "*mareo*", "*kharisiri*", "*arco iris*", "*frío y cálido*", etc., representan apenas unos pocos conceptos temáticos utilizados para expresar los problemas que influyen en la comunicación entre el personal de salud y los pacientes. A continuación, presentamos algunos ejemplos descritos por una enfermera y citados en Durán Aranibar (2002: 63):

En una oportunidad después del parto de una señora del campo, ella quería fajarse; el médico se rió, se burló -aunque el parto fue normal- ella se puso mal, pero inmediatamente que el médico se fue, nosotras la fajamos y en menos de tres minutos ya estaba mejor.

Espera (el campesino) porque no habla; si alguien no le pregunta "por qué has venido", no va a recibir atención.

La gente que viene del campo no está acostumbrada a dormir en catre; muchas veces hemos bajado los colchones para que duerman en el piso, porque se **sienten** más cómodos.

Hay profesionales de salud que intentan establecer una relación, como en el caso de este médico: Tratamos de hablar un lenguaje más accesible posible. A veces ellos no entienden, a veces les pido repetir para ver si ellos entendieron. Pero cuando vemos a los ojos [sabemos] así que... No entendió, ¿no?" (Caprara y Rodríguez 2004).

La comunicación no se da esta vez, ya que ninguno de los dos conoce el idioma del otro; cada uno está encasillado en su universo cultural, a lo que se añade la ansiedad por entender y hacerse entender por el otro. Al respecto, Amartya Sen afirma que entre comunidades que hablan lenguas distintas y con estilos de vida diferentes nos transformamos casi como en "aquellos que escuchan detrás de la puerta" (Sen 1998). Veamos el caso siguiente (caso 1):

Además del idioma, algunos profesionales de salud más sensibles hacen hincapié en las diferencias culturales que se expresan en diversos modelos de interpretar la relación salud-enfermedad, que

Caso 1: Una wawa con absceso

En una oportunidad, una señora con su pequeño hijo de aproximadamente un año y medio se presentó en el consultorio de Pediatría, indicando que el niño presentaba una tumoración en la región de la cara, por debajo de la oreja. Como es norma del hospital, se solicitó una valoración por el servicio de cirugía, el cirujano que en ese entonces estaba supliendo al cirujano titular del hospital y que trabaja en la ciudad de La Paz (esta aclaración es muy importante para el fin del estudio), al enterarse por la anamnesis del problema de salud del niño, explicó de la siguiente manera la patología y la manera de solucionarla: "Señora, su *wawa* tiene un absceso en uno de los *ganglios* que se encuentra en ese lugar; para curar ese problema, tenemos que hacerle una *incisión y drenar el material purulento*, eso lo haríamos pasado mañana y ese día tiene que traer a su *wawa* en ayunas para ponerle una anestesia *general*. Ha entendido, ¿no, señora?".

La señora respondió que sí y el cirujano se retiró del consultorio. Al ver la cara de incertidumbre, dudas y preocupación de la mamá del niño, nosotros inmediatamente le explicamos con palabras sencillas el problema que tenía el niño; la tranquilizamos indicándole que no se trataba de algo grave y también que el tratamiento no era muy peligroso. Al finalizar la explicación, la madre tenía una expresión más tranquila y nos dijo: "Doctor, quisiera que usted nomás me lo atienda a mi hijo, porque al otro doctor no le he entendido nada".

(Rubén A. Durán Aranibar 2002: 71)

Los principales problemas identificados en el trabajo de Salguero (2002)

- El rechazo o poca valoración de las ideas y costumbres tradicionales locales.
- Rechazo al empleo del idioma nativo.
- Los horarios y ritmos de actividad de los proveedores en salud, que no están de acuerdo con los de las familias locales.
- El uniforme blanco del personal de salud, que es intimidante.
- El olor y la iluminación agresiva de los ambientes de los servicios de salud.
- La separación del paciente de su familia para que entre al consultorio o a la sala de internación.
- El empleo excesivo de términos técnicos por parte de los proveedores en salud.
- El empleo de símbolos y códigos extraños a la cultura popular e indígena, así como de material educativo con imágenes que no contemplan la cotidianeidad de la gente.
- El rechazo o poca valoración de las ideas y costumbres tradicionales locales.
- Las posiciones extrañas que se obliga a adoptar a los pacientes en los servicios (concretamente, en la atención del parto).

FUENTE: IVÁN SALGUERO TORREZ 2002

según ellos, influyen en la educación, prevención y tratamiento de las enfermedades:

No, para mí, la mayor curiosidad es esta cuestión de la visión de la salud y la enfermedad que ellos tienen. Es totalmente diferente de la nuestra, totalmente diferente. Fuimos educados en una manera tan diferente que le decimos: "Esto no es nada". Pero para ellos lo es (Caprara y Rodrigues 2004).

La cultura popular aparece siempre como factor determinante en la relación; por ejemplo, cuando el paciente valora el papel del curandero o de la partera como alternativa al profesional de salud.

La cultura y la experiencia de la enfermedad: algunos conceptos clave

Los ejemplos presentados en la sección anterior nos muestran la necesidad de un análisis de la relación salud-enfermedad a partir de la experiencia del paciente en vez de a partir de la explicación médica. Esta perspectiva se planteó, ya en los años setenta, con la famosa distinción desarrollada por Eisenberg (1977) y Kleinman (1978), entre la enfermedad diagnosticada por la biomedicina (*disease*) y la experiencia subjeti-

va de la enfermedad vivida por el paciente (*illness*). Luego se introduciría otro concepto para representar la dimensión social de la enfermedad (*sickness*). Se entiende así por *illness*, la experiencia del paciente en relación a su malestar, influenciada por su formación, su personalidad y por el contexto cultural en el que se inserta. Y la enfermedad, *disease*, representa la explicación médica en términos fisiopatológicos, en tanto que *sickness* alude a la dimensión social.

Illness y *disease* permiten entender las diferentes perspectivas del paciente y del médico frente al mismo fenómeno. El paciente recurre al médico porque le reconoce un lugar el saber, pero al mismo tiempo tiene una hipótesis sobre lo que le está afectando y un pronóstico de gravedad de su enfermedad. El médico, a su vez, escucha la historia del paciente pero filtra la información a partir de los datos obtenidos por sus conocimientos clínicos y de laboratorio. Sólo entonces, sugiere hipótesis sobre la base de las referencias disponibles, y que constituyen su precomprensión.

Teniendo en cuenta estas diferencias, Kleinman (1980) desarrolló un modelo explicativo, el *Explanatory Model*, en el cual presenta los diversos factores que influyen en las concepciones del paciente

y del médico. Para Kleinman, estos modelos no son formas, sistemas de pensamiento. Son, por el contrario, experiencias concretas de enfermedad que deberían ayudar a orientar la investigación y las decisiones clínicas que es necesario tomar.

Los modelos explicativos muestran procesos interpersonales, narraciones, racionalizaciones, construcciones y manipulaciones de la realidad, que son la base para la comunicación y el intercambio de recursos y de información (*ibíd.*).

Kleinman considera que la esencia del enfoque clínico está en tres palabras: la escucha empática, la traducción y la interpretación. En posteriores trabajos, este autor trató de superar los límites del modelo explicativo, incorporando la dimensión social y el sufrimiento del paciente en el encuentro clínico (Kleinman 1995, Kleinman, Das y Lock 1997).

Estrategias de comunicación intercultural

En un contexto intercultural, como primer paso, los médicos tendrían que tratar de entender el universo cultural del paciente. El médico tendría que seguir su lógica, su raciocinio diagnóstico, pero en un marco de respeto a los valores y a las prácticas discursivas del paciente, tal como en la siguiente afirmación de este médico:

... Creo que nosotros no deberíamos ir en contra porque realmente ellos creen en ella. (...) Tenemos que dialogar con ellos y explicarles la situación, en un trabajo en conjunto por ejemplo con los agentes de salud. Los agentes de salud se encuentran en su propia comunidad, ¿no? Las *rezadeiras** también (Caprara y Rodrigues 2004).

Explorando más el tema de la relación médico-paciente, se constata la necesidad de que los médicos sean más sensibles para entender el contexto cultural, utilizando estrategias que permitan una mayor integración con la cultura local, favoreciendo lo más

posible el vínculo con los pacientes. Citamos como ejemplo las palabras de este médico que trabaja en un área rural en el Nordeste del Brasil:

Estamos programando una reunión con las *rezadeiras* para difundir la información sobre el valor del suero casero a toda la comunidad (Caprara y Rodrigues 2004).

Otro aspecto se relaciona con el hecho de que los profesionales de salud consideran las "creencias" y las prácticas populares como barreras culturales, buscando en los conocimientos antropológicos herramientas para modificar esas prácticas.

Por el contrario, la primera etapa tendría que revertir este modelo, adaptando los programas de salud a los diferentes contextos culturales. Se trata de examinar las prácticas culturales no tanto como factores de riesgo, como se hacía en el pasado, sino como expresiones de elementos positivos, dirigiéndose a las comunidades como productoras de valores y prácticas de salud y no sólo como consumidoras de servicios.

Muchas de las preguntas que hacen los médicos acerca de los aspectos culturales se centran en torno a una práctica o a una "creencia" que en su opinión debería ser modificada, como, por ejemplo, el rechazo de la población a una campaña de vacunación, o la presencia de ciertos tabúes alimentarios. Al abordar estas cuestiones, es necesario reflexionar sobre el hecho de que cada aspecto cultural es el epifenómeno de dinámicas culturales complejas e interdependientes, de modo que el significado sólo puede entenderse teniendo en cuenta el conjunto de valores, de representaciones y prácticas del grupo.

Tenemos que considerar también la medicina popular y las prácticas médicas de los principales grupos étnicos y pueblos indígenas. A pesar de las frecuentes demandas de integración de las diversas formas de medicina tradicional, hay poco interés en entender la manera en la que cada grupo cultural asigna un sentido diferente a la experiencia de la enfermedad. Para esta finalidad es necesario reflexio-

* *Rezadeiras* o rezadoras: curanderas que emplean la medicina popular. (Nota del editor.)

nar sobre las complejas lógicas de clasificación de las enfermedades entre las poblaciones indígenas y los procesos de toma de decisiones en contextos de pluralismo médico. Por último, es esencial la elaboración de material educativo siempre culturalmente adecuado al contexto cultural específico donde actúan los profesionales de salud.

Implicaciones prácticas : la entrevista clínica centrada en el paciente

Hace algunos años, Stewart, Brown y Weston propusieron un nuevo enfoque denominado "entrevista clínica centrada en el paciente" como alternativa al método convencional de anamnesis conocido como "enfoque centrado en el médico" (Stewart, Brown y Weston 1995). En este último modelo, el médico interpreta la enfermedad exclusivamente desde el punto de vista biomédico, patológico.

En cambio, en el enfoque de "medicina centrada en el paciente" el médico se ve estimulado a examinar no sólo los aspectos biomédicos del problema de salud, sino también la experiencia de la enfermedad experimentada por el paciente. Los médicos siempre tratarán de separar las percepciones de los pacientes sobre su enfermedad y el diagnóstico clínico. Tratarán de separar la experiencia del paciente debido a la idea de que ésta conlleva un conjunto de elementos que podrían dificultar el diagnóstico. El médico, por lo general, intenta filtrar y escuchar sólo algunos de los aspectos de la historia del paciente con el objetivo de llegar a un diagnóstico biomédico. Mishler (1984) considera esta comunicación entre médico y paciente como "dos monólogos paralelos". Es importante que el médico tome en cuenta el punto de vista del paciente por diferentes razones.

En primer lugar, el modelo diagnóstico centrado exclusivamente en el problema biomédico, patológico, no permite entender todos los elementos que intervienen en la manifestación de la enfermedad. Por ejemplo, son frecuentes los casos de experiencia subjetiva del paciente en relación al malestar,

sin una clara explicación biomédica. Los estudios de Blacklock (1977) muestran que en el 50% de los pacientes que se presentan en el consultorio del médico con dolor de pecho, la causa no es demostrable después de seis meses de seguimiento. Al mismo tiempo, podemos estar delante de una clara explicación biomédica sin una experiencia subjetiva del paciente, como en los casos de eventos hipertensivos no percibidos por el paciente. El estudio de Stewart, McWhinney y Buck muestra que la consulta médica centrada en el paciente produce una reducción del número de visitas de control, de procedimientos diagnósticos y de referencias a especialistas (1979).

El inicio de la relación

El paciente no sólo espera que el médico pueda curar su cuerpo, sino también que esté dispuesto a aceptar su individualidad. Y la respuesta a esta expectativa se materializa a través de una serie de signos: la manera de relacionarse, acogiendo al paciente en la puerta del consultorio, llamando a la persona por su nombre, saludando con las manos, levantándose cuando el paciente sale, organizando el consultorio de manera no burocrática (adecuando el espacio al contexto cultural local) y lo menos formal que sea posible, mostrando una disponibilidad no sólo para considerar los aspectos de tipo clínico. El ejemplo siguiente nos muestra el caso opuesto, cómo no comenzar una consulta:

El inicio de la relación debe tener como objetivo establecer una comunicación efectiva entre el paciente y el personal médico. De modo general, los diversos factores que influyen en la comunicación pueden dividirse en tres grandes grupos:

- Los que dependen del entorno físico, es decir, las condiciones de habitabilidad y comodidad del lugar en el que se desarrolla la entrevista.
- Los que están relacionados con el paciente. Entre ellos pueden citarse los síntomas físicos, los factores psicológicos (ansiedad, depresión...), las experiencias pasadas o recientes vinculadas a la estructura de los servicios de salud.

El caso de Juana: Cómo no comenzar una consulta

La paciente Juana, de 31 años, relata la experiencia de su llegada al laboratorio del hospital:

Cuando entré la sala era muy grande, yo me sentía perdida. No sabía dónde sentarme. El médico, con la cabeza agachada, estaba escribiendo. La enfermera estaba al teléfono y había algunos estudiantes que estaban hablando entre ellos, en una esquina. Esperé un poco, tenía ganas de salir de inmediato. Después de un cierto tiempo, que me pareció una eternidad, el médico me dijo que me sentara y me preguntó lo que yo tenía. Yo no sabía cómo se llamaba él y no sé si él sabía mi nombre. Me hubiese gustado hablarle de mis problemas, pero él no me parecía interesado, espero no tener que regresar allá.

FUENTE: LLOYD Y BOR 1996.

Por último, hay que hablar de los factores vinculados al personal de salud, tales como la formación en capacidad de comunicación, la personalidad, la confianza, la empatía, además de los factores psicológicos como el cansancio o la angustia.

Preguntas abiertas y preguntas cerradas

El interés por la experiencia subjetiva del paciente sobre su enfermedad permite explorar mejor los factores implicados y garantizar una mayor eficacia en la investigación diagnóstica. Lo importante no es lo que el médico dice, sino lo que el paciente entiende y hará después. Para modificar ciertos comportamientos, es esencial comprender las razones y la percepción de la

enfermedad por parte del paciente. De ahí la necesidad de entender cómo percibe el paciente las causas de su malestar y lo que él piensa que se debería hacer.

El primer paso es la escucha activa, tratando de entender lo que siente el paciente, cómo interpreta él su propia enfermedad, valorizando lo que dice. Para el efecto, es necesario aprender a hacer preguntas abiertas, tratando de comprender el contexto cultural del paciente. Como se muestra en el siguiente ejemplo, el uso de preguntas abiertas que tratan de explorar la experiencia de la enfermedad tal como la vive el paciente permite recoger mayor cantidad de información, dejando al paciente en libertad de contar su propia historia:

Relevancia de la entrevista centrada en el paciente

El señor Hugo, empleado de 47 años, es hospitalizado porque tiene fuertes dolores en el pecho. Entrevistado por el doctor Contreras (entrevista centrada en el médico)

Dr. Contreras: Veo en su ficha clínica que usted tiene dolores en el pecho. ¿Los tiene todavía?

Sr. Hugo: No, ahora no.

Dr. Contreras: ¿El dolor le descendía por el brazo izquierdo?

Sr. Hugo: No, creo que no.

Dr. Contreras: ¿Empeoraba con los movimientos?

Sr. Hugo: No.

El señor Hugo entrevistado por el doctor Sánchez (entrevista centrada en el paciente)

Dr. Sánchez: Veo en la ficha clínica que usted ha tenido dolores en el pecho: ¿Me puede contar lo que sucedió exactamente?

Sr. Hugo: Estaba en mi escritorio cuando he comenzado a sentir dolores en el pecho, dolores en el medio del pecho. Ya tuve otras veces esos dolores, siempre durante el trabajo.

Dr. Sánchez: ¿Puede especificarme mejor qué cosa le produce este dolor?

Sr. Hugo: Estaba pensando en eso. Últimamente tuve mucho trabajo y parece que los dolores aparecen cuando estoy terminando mi trabajo. Parece que acontecen cuando estoy preocupado en alguna cosa.

FUENTE: LLOYD Y BOR 1996 (TEXTO MODIFICADO POR EL AUTOR)

Una tercera razón se refiere a la comprensión del significado de la enfermedad y a la necesidad de construir una relación terapéutica: la falta de comprensión de los significados de la enfermedad por parte del paciente puede interferir en la construcción del vínculo y en la eficacia del tratamiento.

En el enfoque centrado en el paciente, en un contexto social con diferentes valores culturales, con grupos poblacionales que manejan diferentes interpretaciones y prácticas terapéuticas, es importante preguntarse cuáles serán las posibles causas del malestar según el paciente y sus familiares: "sólo a través de la comprensión de cómo el paciente interpreta la enfermedad, podemos planear un procedimiento diagnóstico-terapéutico que pueda ser comprendido y aceptado por el paciente" (Silverman, Kurtz y Draper 1999).

Así, algunas preguntas tratan de explorar el punto de vista del paciente con mayor profundidad:

¿Qué significa eso? (preguntas de aclaración).

¿Cómo cree usted que...? (preguntas de justificación).

Además de un análisis de cómo el paciente interpreta su propia enfermedad, es necesario centrar la atención también sobre cómo vive e interpreta la familia el origen y el significado de la enfermedad, teniendo en cuenta no sólo los aspectos patológicos, sino también los aspectos emocionales, sociales y de comportamiento.

Implicaciones prácticas de este enfoque en la formación médica

En los últimos años se ha desarrollado un amplio espacio de reflexión y pensamiento, llamado "humanidades médicas", que postula la incorporación de elementos de las humanidades (filosofía, psicología, antropología, literatura) en programas de postgrado y especialización. Las humanidades médicas pretenden no sólo mejorar la relación médico-paciente, la capacidad de comunicación

de los médicos, sino también profundizar sobre la narrativa del paciente y buscar nuevas maneras de promover el bienestar, reducir el impacto de la enfermedad y el sufrimiento (More 1976).

Esta perspectiva nos invita a repensar no sólo la práctica médica, sino también la formación en medicina, casi siempre vinculada a una visión biomédica y tecnicista de la enfermedad. Cada encuentro con el paciente tiene no sólo una dimensión técnica, sino también experiencial y ética. Las humanidades abren caminos en la formación y en la práctica médica, modificando sus metas y propósitos, trayendo la necesidad de nuevas comprensiones de la dimensión vivencial y de sufrimiento del paciente. Su incorporación permite abordar en la formación, el plano subjetivo del paciente, así como su dimensión social (Skultans 1998).

Según Dawnie, MacNaughton y Randall (2000), es posible aprender diversas cualidades morales en un proceso de formación dividido en cuatro aspectos diferentes:

- i. la ética de la profesión, a la actitud de respeto hacia los colegas y pacientes, las cualidades morales que los médicos necesitan a través de la lectura y discusión de textos de filosofía moral;
- ii. la discusión de casos que introducen en el debate las cuestiones éticas;
- iii. el uso de un diario de campo, para discutir en grupos de médicos, los casos que se enfrentan en el consultorio, y
- iv. el uso del arte, especialmente la literatura y el teatro, en la formación.

Las obras literarias permiten hacer frente a los aspectos de la vida humana, como el hecho de saber cómo tratar las emociones, que son elementos constitutivos fundamentales de la relación médico-paciente. La comunicación médico-paciente puede aprenderse como técnica, pero sin duda la obra literaria permite describir el marco ético en

el que se desarrolla la relación. El médico tiene que entender al paciente desde un punto de vista científico, utilizando las herramientas y todos los conocimientos diagnósticos, para poder tomar las mejores decisiones terapéuticas. Estas acciones, basadas en la medicina por evidencias son necesarias pero no suficientes. El médico tiene que ajustar su intervención clínica, considerando al paciente como un sujeto, teniendo en cuenta la experiencia subjetiva de la enfermedad, las percepciones del paciente, adquiriendo una sensibilidad y una capacidad de escucha que van más allá de la dimensión biológica. Estos aspectos pueden desarrollarse sólo a través de una formación más amplia, que incorpore elementos de las humanidades en el proceso educativo (Simpson, Buckman y Stewart 1991).

Entre las repercusiones que estos estudios produjeron, es preciso destacar la necesidad de rediseñar los programas de formación (McManus, Vincent, Thom y Kidd 1993), como en el caso de la formación en la Facultad de Medicina de la universidad de Harvard sobre la relación entre médico y paciente (Rama *et al.* 1991). La estructura del curso se asienta en cuatro pilares:

- un proceso de reflexión de grupo en el cual los estudiantes analizan su propia experiencia,
- el desarrollo de una comprensión de cómo la percepción de la enfermedad del paciente influye en la curación,
- la participación de los estudiantes en la recolección de la historia completa del paciente, y

- un aprendizaje dirigido a la comprensión de los aspectos de la ética médica, de las ciencias sociales y de la experiencia del médico.

En la Universidad de Maastricht, la comunicación entre médico y paciente se aborda aumentando gradualmente la complejidad de las prácticas y situaciones. Los elementos de comunicación se analizan en forma separada en los primeros años, y son gradualmente integrados en los años sucesivos (Dallen 1995). Durante las etapas sucesivas del curso, se pasa de temas más simples como la elaboración de preguntas y la capacidad de escucha, hacia aspectos más complejos como la comunicación de malas noticias y el cuidado de los pacientes en fase terminal. Con el tiempo, cada estudiante identifica sus propias capacidades y dificultades, seleccionando los contenidos más adecuados a sus necesidades.

Conclusión

Los médicos y los otros profesionales de la salud deberían considerar las prácticas populares de salud no como obstáculos que hay que modificar, sino como expresiones de elementos positivos, abordando a las comunidades indígenas como productoras de valores y prácticas de salud y no sólo como consumidoras de servicios. Este enfoque se traduce en la práctica clínica en la entrevista centrada en el paciente, en la cual el médico examina no sólo los aspectos biomédicos de problema de salud, sino también la experiencia vivenciada por el paciente.

Bibliografía

Blacklock, S. M.

1977 "The symptom of chest pain in family medicine", *Journal of Family Practice* 4: 429-433.

Branch, W. T., R. A. Arky, B. Woo, J. D. Stoeckle y D. B. Levy

1991 "Teaching Medicine as a Human Experience: A Patient-Doctor Relationship Course for Faculty and First-Year Medical Students", *Annals of Internal Medicine* 114: 482-489.

Caprara, A. y A. Franco

1999 "A **Relação paciente-médico. Para uma humanização da prática** médica", *Caderno de Saúde Pública* 15 (3): 647-654.

Caprara, A. y J. Rodrigues

2004 "A relação **assimétrica** médico-paciente: **repensando** o vínculo terapêutico". (ISSN 1413-8123). *Ciências & Saúde Coletiva* 9 (1): 139-146.

Dalen, J. V. (org.)

1995 *Skillslab: Centerfor training of skills*. Maastricht: Maastricht University Press.

Dawnie, R. S., J. MacNaughton y F. Randall

2000 *Clinical Judgment: Evidente in Practice*. Oxford: Oxford University Press.

Durán Aranibar, Rubén A.

2002 La interculturalidad **en la relación médico-paciente campesino**. Tesis de postgrado en salud intercultural Willaqquna.

Eisenberg, L.

1977 "Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness ", *Culture Medicine and Psychiatry* 1: 9-23.

Evans, M. y K. Sweeney

1999 "Editorials: exploring the **medical humanities**", *British Medical Journal* 319: 1.216-1.216.

Kleinman, A.

1995 *Writing at the Margin: Discourse between Anthropology and Medicine*. Berkeley: University of California Press.

1988 *The Illness Narratives*. Nueva York: **Basic Books**.

1980 *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.

1978 "Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems", *Social Science & Medicine* 12: 85-93.

Kleinman, A., V. Das y M. Lock (orgs.)

1997 *Social Suffering*. **Berkeley: University of California Press.**

Lloyd, M. y R. Bor

1996 *Communication Skills for Medicine*. Nueva York: Churchill Livingstone.

McManus, I. C., C. A. Vincent, S. Thom y J. Kidd

1993 "Teaching **communication skills to clinical students**", *British Medical Journal* 306: 1.322-1.327.

Mishler, E. G.

1984 *The discourse of medicine: The dialectics of medical interviews*. Norwood, Nueva Jersey: Ablex.

More, A. R.

1976 "Medical Humanities: A new medical adventure", *New England Journal of Medicine* 295: 1.479-1.480.

Salguero Tórrez, Iván

2002 *La relación médico paciente con enfoque intercultural*. Potosí, Bolivia: Universidad Autónoma Tomás Frías.

Sen, Amartya

1998 *Laicismo indiano*. Milán: Feltrinelli.

Silverman, J., S. Kurtz y J. Draper

1999 *Skills for Communicating with Patients*. Oxon: Radcliffe Medical Press.

Simpson, M., R. Buckman, M. Stewart *et al.*

1991 "Doctor-Patient Communication: The Toronto Consensus Statement", *British Medical Journal* 303: 1.385-1.387.

Skultans, V.

1998 "Anthropology and narrativa". En: T. Greenhalgh y B. Hurwitz (eds.), *Narrative Based Medicine: Dialogue and discourse in clinical practice* (pp. 225-233). Londres: British Medical Journal Books.

Stewart, M. A., B. J. Brown, W. W. Weston *et al.*

1995 *Patient-centred medicine: transforming the clinical method*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Stewart, M. A., I. R. McWhinney y C. W. Buck

1979 "The doctor-patient relationship and its effect upon outcome", J. R. Coli, *Gen Practitioners* 29: 77-82.

Young, A.

1982 "The Anthropology **of Illness and Sickness**", *Annual Review of Anthropology* 11: 257-285.

MÓDULO
EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA Y
EPIDEMIOLOGÍA SOCIOCULTURAL

ENFERMEDADES PREVALENTES EN AMÉRICA LATINA

E INTERCULTURALIDAD EN SALUD

Roberto Campos Navarro

El médico occidental y las culturas **indígenas**

La carrera profesional de un médico se inicia en los tiempos y espacios de la Escuela o Facultad de Medicina, cuando se empieza un largo proceso de formación teórico-conceptual que culmina con la práctica clínica y el ejercicio de la medicina en instituciones públicas o privadas. En las sociedades contemporáneas, el ejercicio profesional de la medicina se ha relacionado con los procesos de salud y enfermedad. De acuerdo a la definición que ofrece la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera que la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino el completo bienestar biopsicosocial. No obstante, la carrera profesional y la práctica hospitalaria muestran más bien un enfoque estructuralmente biologicista, y una tendencia ideológica recurrente a referirse más al evento patológico que al estado de salud.

Desde una perspectiva social, el proceso salud/enfermedad/atención presenta tres características fundamentales: su universalidad, su carácter diferencial y su contenido biológico-sociocultural. La

primera característica significa que este proceso se da en cualquier grupo social. En este sentido, todos los individuos enferman. Se trata de un proceso que se presenta en cualquier sociedad y en cualquier grupo humano.

La segunda característica apunta al hecho de que, aun siendo universal, la enfermedad no es igual para todos; es un fenómeno en el que hay variables diferenciadoras. Una de estas variables es el sexo. Así, sólo los hombres enfermarán de hipertrofia prostática, y únicamente las mujeres padecerán de cáncer uterino-cervical. También está la edad, ya que las enfermedades propias de un niño son distintas de las de un adulto o un anciano, contando con que en estos últimos hay diferencias notables en función de la procedencia geográfica, que de este modo se convierte en otra variable. Otra es la escolaridad, no es lo mismo enfermar siendo analfabeto que estudiante de medicina. Asimismo, el origen social y económico del individuo es determinante: la ocupación y el tipo de trabajo tienen una incidencia notable en la salud.

La tercera característica es considerar la enfermedad como una alteración biológica pero siempre

acompañada de contenidos y significados relacionados con la cultura, la lengua, las formas de comunicación, las relaciones interculturales y otros factores en los que intervienen usos y costumbres comunitarios. En este sentido, conviene destacar que la medicina occidental ha hecho hincapié en el componente biológico de la enfermedad, dejando de lado el aspecto psicológico y quizá ignorando aún más lo social y lo cultural. Es necesario cambiar este modelo porque no resuelve de manera efectiva los problemas de salud considerados en forma integral. Por supuesto, el médico ofrece medicamentos para controlar una enfermedad determinada, siempre que se trate de combatir síntomas físicos. Sin embargo, en ocasiones el paciente busca únicamente orientación a través de una charla con el médico, cosa que sólo será posible si éste domina la lengua indígena local. Por esto, lo psicológico y lo sociocultural también afectan de alguna manera a lo biológico.

Recapitulando, la enfermedad tiene esas tres características básicas: es universal, es diferencial y al mismo tiempo es un proceso psicosocial y cultural. Debemos admitir que ante problemas como la fractura de un hueso, elementos como la religión o la cultura son poco relevantes. Pero ¿qué hay de la necesidad del paciente de solucionar su problema psicológico porque percibe una ruptura de su equilibrio integral como persona a consecuencia de la fractura? Los médicos convencionales normalmente se limitan a eliminar el dolor con un analgésico fuerte y derivan el paciente a un especialista, pero en definitiva sólo se trabaja la parte biológica.

Las quemaduras, por ejemplo, tienen un impacto psicológico y social considerable. Si la quemadura afecta a la cara, sobre todo en una mujer, el problema puede ser importante, pues no sólo incide en la parte biológica del paciente, sino también en la psicológica y en sus relaciones sociales más cercanas.

Por otra parte, ante un proceso de salud/enfermedad/atención se despliegan un conjunto de actividades teóricas, técnicas e ideológicas. Por ejemplo, en la biomedicina se acepta que la causa del asma son

resfriados mal curados y los resfriados **son originados** por virus. Se trata de una forma de representar la enfermedad. Se trata de un postulado teórico: **detrás del asma están** los resfriados y detrás de los resfriados **están** los virus. La forma más fácil de llegar al diagnóstico del asma es a través de los síntomas (tos, falta de aire, respiración sibilante, cianosis). Una vez identificada la enfermedad se prescriben fármacos y se usa una técnica curativa, farmacológica. Es decir, la construcción biomédica del asma establece una teoría de su origen, una representación ideológica del o los agentes causales y ofrece una técnica específica para identificar la enfermedad y una técnica terapéutica para neutralizar sus efectos corporales.

Pero dentro de la medicina originaria tenemos también estos elementos teóricos, técnicos y representacionales o ideológicos. En la *mancharisqa o susto*, se trata de una fuerte y repentina impresión. Su etiología, como la del asma, tiene una causalidad: una intensa impresión derivada de un sobresalto brusco y sorpresivo. Los síntomas son variados: pérdida del apetito, debilidad, insomnio, somnolencia, etc. Como el asma, el *susto* también presenta signos y síntomas asociados, así como una técnica diagnóstica. El problema es que la persona enferma de *susto* no acude a un hospital porque los médicos convencionales no la consideran una enfermedad al no estar identificada ni descrita en la patología y, por tanto, ni siquiera intentan curarla. Estas entidades anímicas del ámbito del *ajayu*, del *ánimu* y del *kuraji* constituyen un espacio cultural propio y particular relacionado con la enfermedad de la *mancharisqa* que sólo los médicos originarios reconocen, tratan y curan (Fernández 2004: 279).

La primera regla que es preciso obedecer cuando se ejerce la medicina es *escuchar y entender al paciente*. El médico atiende a una persona que está sufriendo de algo que se llama *susto* y que tiene que ver con una mentalidad, con una forma de ver el mundo diferente de la que ha sido transmitida a través de la tradición judeocristiana occidental. Según ésta, existe un solo cuerpo y una sola alma, pero no

todas las culturas comparten esta concepción. En el mundo quechua hay un solo cuerpo, pero varias entidades anímicas, y una de ellas (o las tres) se separan del cuerpo cuando se produce el *susto*. De este modo se construye una lógica según la cual es necesario hacer algo para que **la o las almas** se restituyan al cuerpo de la persona.

Detrás del *susto* subyace una forma de pensar el cuerpo, una manera teórica de pensar la enfermedad y una o varias técnicas para curarla. Eso es lo que hacen el *jampiri*, el *yatiri* o el kallawayaya. Desde el momento en que se constata la existencia real de esta enfermedad -y que esa enfermedad y ese sufrimiento no son imaginarios-, no corresponde hablar de estos terapeutas originarios como si fueran simples charlatanes. Si a un paciente afectado de *susto* se le dice que no tiene nada, si la medicina niega la existencia de la enfermedad sólo porque carece de una explicación racional para unos síntomas que son reales, se estará en la superficie del problema.

La cuestión es que la cultura de la que provienen estas ideas no es la occidental dominante. Es menester abrirse para intentar comprender lo que está sucediendo con las enfermedades de los otros sistemas médicos, porque es preciso que alguien se ocupe de analizarlas y curarlas: médicos, enfermeras o curadores tradicionales. En este sentido, hay que destacar el papel de las madres de familia, que son también curadoras. Ellas deciden, por ejemplo, si sus hijos deben ir o no a la escuela, realizan diagnósticos iniciales y ofrecen **remedios naturales e incluso medicamentos sencillos**. Si ellas lo hacen, esto implica que cualquier curador tiene la capacidad para diagnosticar, prevenir, rehabilitar y sobre todo controlar ciertas enfermedades. En cardiología, por ejemplo, se trata la hipertensión arterial recomendando estilos de vida (no fume, no beba, haga ejercicio, no tome café, no coma grasas, evite la sal en lo posible y sexo de vez en cuando). Todo eso supone control social, porque se le está señalando al individuo las conductas que puede o no seguir, tal como lo hacen los curanderos y las madres de familia.

En los inicios del siglo XXI, el modelo médico occidental sigue basando su eficacia pragmática en lo biológico, con la consiguiente tendencia a relegar los aspectos psicológicos y sociales a un plano secundario. Los médicos tradicionales actúan por otras vías, pues incursionan en los ámbitos psicológico, social, espiritual y biológico, y lo hacen en otro momento, con otra fuerza, con otra sabiduría y con otra manera de ofrecer su palabra. La biomedicina, por lo general, desprecia el conocimiento de las medicinas alternativas, y a menudo sería más exacto decir que las desconoce. Por ejemplo, consideran la inexistencia de tradición escrita como una circunstancia negativa, pero ignoran que determinados conocimientos se han transmitido desde hace muchas generaciones a través de la memoria oral colectiva. Tal cúmulo de información supone un privilegio. En Bolivia existe uno de los grupos de terapeutas tradicionales más importantes de todo el mundo: los kallawayas. Su conocimiento ancestral preincaico se ha transmitido, no por libros, sino por la tradición oral (Girault 1987, Fernández 1998, Loza 2004).

En cambio, el conocimiento biomédico, cuya difusión y transmisión se basan en los libros, se ha hipertrofiado de tal manera, que se ha llegado a la saturación y a la consiguiente especialización y ultraespecialización. Algunos médicos han aceptado esa situación y están conscientes de que no saben ni pretenden saber de todo. La especialización supone trabajo conjunto, con límites y limitaciones al saber y la técnica.

Y esto nos lleva a una consideración sumamente importante: todo profesional de la salud debe saber qué es lo que conoce y cuáles son los límites de su conocimiento. El kallawayaya y los demás *yatiris* también establecen estos límites y en determinados momentos derivan pacientes hacia la medicina occidental.

Debería desaparecer la idea tan extendida de que los médicos occidentales son los únicos y los verdaderos, porque, a diferencia de los tradicionales, poseen formación académica. Los médicos *yatiris* y kallawayas tienen otro tipo de conocimiento y tie-

nen otra manera de preservar y transmitir su saber y su práctica, que es completamente diferente al sistema universitario y académico. Ellos no son egresados de una universidad, pero sus conocimientos son muy vastos e incluso especializados.

Es preciso fomentar los intercambios de conocimiento, siempre en un plano de igualdad y respeto, aunque la tolerancia es perfectamente compatible con la crítica constructiva. Además, hay que tener presente que cada individuo vive su existencia de una manera determinada. De modo que el hecho de expresarse en un idioma que no es oficial no debería convertirse en un obstáculo para recibir la atención sanitaria adecuada. Sin respeto, sin tolerancia hacia las diferencias culturales, es imposible desarrollar una labor eficaz para la institución. El verdadero médico con orientación intercultural -que no es cualquiera- debe cultivar en gran medida el respeto, la tolerancia y la paciencia con sus pacientes.

En todo caso, también en el sistema de medicina occidental hay cierto manejo de lo ritual. Por ejemplo, el instrumental y las vestimentas blancas de los sanitarios son magia para una mujer quechua, lo mismo que la imposición de su presencia. Si la relación médico-paciente es buena, si existe la formación desde lo psicológico y social hacia lo somático, si se mira con respeto, tolerancia y paciencia a los enfermos, se practicará una buena medicina. Como la que hacen algunos curanderos, que tratan amigablemente a sus pacientes, con solidaridad, con paciencia. De este modo, están estableciendo una relación curador-paciente efectiva y por eso la gente acude repetidamente a los curanderos. Pero estamos hablando de procedimiento ritual que podría ser: tratar a los pacientes en profundidad, charlar con ellos, pero sobre todo aprender de ellos porque verdaderamente los médicos académicos tienen mucho que aprender de los pacientes.

La práctica debe estar basada en el paciente pero también en el compromiso personal y social. El compromiso personal implica a menudo compromisos y renunciaciones radicales en otros ámbitos, como el fami-

liar, pero a veces son compromisos absolutamente sencillos. Por ejemplo en prácticas y conductas cotidianas en el ámbito laboral, donde en ocasiones es preciso tomar una actitud que suponga cambiar el comportamiento marcado por la institución.

Por ejemplo, a algunos médicos se les asigna un número de pacientes tan alto que hace imposible sostener consultas muy largas. Sin embargo, a pesar de las restricciones de tiempo, ello no impide que el médico realice gestos o acciones que pueden ser mucho más eficaces que muchos minutos de consulta ordinaria. He aquí dos ejemplos más:

- i. *La vestimenta del médico.* Se trata de un elemento simbólico que puede utilizarse o no, dependiendo de las características concretas de cada caso. No existe una fórmula preestablecida en tal sentido, lo que hay que tener en cuenta es que determinadas formas o colores pueden evocar cosas distintas en las diferentes comunidades, grupos o culturas. Si se quiere trabajar en *interculturalidad apropiada* es preciso tener en cuenta las ideas de las poblaciones. Por ejemplo, el mandil blanco, de uso muy extendido en la profesión médica, genera el rechazo por parte de algunas comunidades indígenas, particularmente en el norte de Potosí, porque el blanco provoca aprensión en ese grupo étnico.
- ii. *La importancia del saludo al paciente.* Existe un estudio cubano en el que se demuestra que el gesto del médico de dar la mano es valorado positivamente por los pacientes en términos cuantitativos y cualitativos. La gente sale más contenta porque parece que el médico les dice: "aquí estoy para servirle, puede confiar en mí, yo confío en usted". Cuando la gente no se saluda es porque no hay confianza, y cuando no hay confianza la gente tiende a no regresar. El saludo significa que no hay problema, aún si se trata de pacientes con HIV/sida o con afecciones dermatológicas.

Enfermedades prevalentes e interculturalidad

Para resolver los aspectos sintomatológicos de una enfermedad se acude a la biomedicina. Sin embargo, para atacar la causa profunda de ese mal, la gente prefiere acudir al curandero. En el primer caso, se interviene sobre los aspectos orgánicos y fisiológicos, así como en lo infeccioso, es decir, en todo lo que es la sintomatología; mientras que en la medicina tradicional, popular u originaria se interviene en los aspectos sociales, culturales o religiosos que generan la enfermedad.

Es preciso considerar la variabilidad de los fenómenos epidemiológicos. Hay diferencias en tomo a los conceptos de enfermedad, de su desarrollo y de otras dimensiones terapéuticas. Ello no significa, sin embargo, volver hacia el pasado, tal y como se ha interpretado en algunos sectores de la ciencia médica. En realidad, todo este problema se relaciona con la oposición entre lo moderno y lo tradicional, que debe superarse a través de una articulación que no sea una simple recuperación, sino adecuación y pertinencia del pasado al presente.

Esto es en sí una tarea compleja porque el modelo hegemónico tiende a absorber y fagocitar ciertas técnicas. Por ejemplo, si hay una práctica de eficacia comprobada, como la acupuntura, acaba siendo captada por la medicina convencional. Cuando la medicina hegemónica perciba que la *interculturalidad apropiada* tiene eficacia y validez, acabará captándola también. Por ello es preciso que el profesional en salud se cuestione si se está volviendo a la tradición desde la modernidad o si, en cambio, se buscan los nexos entre ambos mundos, ya que es posible establecer mecanismos de articulación. Recuperar lo tradicional, lo cultural, puede contribuir y enriquecer al modelo biomédico, aunque la interculturalidad no es un remedio más y cuenta con oposición crítica de ciertas corrientes que la perciben como una estratagema de las clases dominantes para dominar mejor al resto de la sociedad.

Cuando nos referimos a la aproximación epidemiológica, lo primero será explicar qué es la epidemiología y cuál es su importancia. Entendemos la epidemiología como el estudio de la frecuencia y la distribución de las enfermedades en determinado tiempo y en determinada población. Históricamente, la epidemiología es un término utilizado desde 1845 y surgió para estudiar y comprender las enfermedades epidémicas como la tuberculosis, la peste, etc., a partir de los datos de los hospitales. Inicialmente se trataba de estudios de carácter estadístico que luego dieron la pauta de toda la cuestión epidemiológica desde el punto de vista científico. Posteriormente los médicos comprendieron que lo mismo que se hacía con determinadas enfermedades infecto-parasitarias (tuberculosis, malaria, disentería, etc.) también podía hacerse con otras enfermedades no infecciosas, como la diabetes o la hipertensión.

Por otra parte, en las últimas décadas ha surgido -como aportación de las ciencias sociales, particularmente la antropología médica- el concepto de epidemiología sociocultural, para englobar no sólo las enfermedades reconocidas por la biomedicina sino también aquellas enfermedades reconocidas por los conjuntos sociales y que carecen de equivalente en la medicina académica. Nos referimos a la inclusión de trastornos como el *mal de ojo*, la *mancharisqa*, el *empacho*, los *malos aires*, el *daño* y otras. Esta epidemiología sociocultural, dejando de lado mutuas exclusiones ideológicas, reconoce que los biomédicos identifican conocen y curan ciertas enfermedades, y que los médicos indígenas y las madres de familia también tienen otras creencias, saberes y prácticas respecto a enfermedades propias de su cultura originaria. Además, que *todas* las enfermedades afectan a la población, y que ésta desarrolla formas concretas de atención curativa. Por último, reconoce que las estrategias no son únicas y que los caminos terapéuticos son múltiples.

Recordemos, entonces, que las enfermedades se construyen no sólo en términos clínicos, sino también en términos culturales, de modo que general-

mente el concepto de enfermedad es una construcción colectiva y social con tres enfoques:

- El biomédico, con profesionales titulados en universidades, que centran su práctica médica en lo biológico y lo físico.
- El popular-tradicional, con sanadores populares e indígenas, que son también "profesionales o especialistas", no titulados por universidades o centros académicos, pero sí legitimados por su entorno social y sus pacientes. Tienen un determinado campo de conocimiento en el que ejercen públicamente, centrando su práctica en lo psicosocial y lo físico.
- El familiar, que se basa en la sabiduría empírica de los más viejos (padres, madres, abuelos, abuelas), que reflejan concepciones y prácticas sobre salud y enfermedad basadas en elementos físicos, psíquicos y sociales.

Estos tres enfoques presentan construcciones sociales y culturales en torno a la enfermedad, con sus respectivos conocimientos y prácticas sobre los siguientes aspectos:

- los signos y síntomas de las enfermedades,
- su etiología o causalidad y su tratamiento y recursos terapéuticos,
- su gravedad, y
- la prevención de las mismas.

De manera que no sólo se conocen y se tratan las enfermedades en el ámbito del sistema biomédico, sino también en el ámbito de las medicinas populares y familiares. Esto es lo que en el presente capítulo se pretende abordar con la guía de las siguientes interrogantes: ¿cuáles son las enfermedades que diagnostican y tratan los médicos tradicionales y las familias?, ¿cuáles son las enfermedades más frecuentes entre las comunidades indígenas, y particularmente entre los grupos andinos?, ¿cuáles son las enfermedades o síndromes culturalmente delimitados que están entre las diez patologías más frecuentes de las zonas andinas?

Según datos publicados por la Organización Panamericana de la Salud (1990), las condiciones de salud y enfermedad en Bolivia están estrechamente vinculadas con la pobreza, el medio ambiente insalubre y las condiciones de vida precarias de la mayoría de los pobladores urbanos y rurales, provocando que en el perfil epidemiológico del país predominen las enfermedades infecciosas, parasitarias y nutricionales, las mismas que tienen una fuerte incidencia en las tasas de mortalidad general. Según los datos estadísticos nacionales, las enfermedades más frecuentes en Bolivia son:

- infecciones respiratorias agudas (IRA)
- enfermedades diarreicas agudas (EDA)
- malaria
- escabiosis
- tuberculosis
- blenorragia
- varicela
- sífilis
- parotiditis
- fiebre tifoidea.

Aunque no se dispone de datos precisos sobre las diez enfermedades más frecuentes que se manifiestan, por ejemplo, en la provincia de Ayopaya (Cochabamba), cabría suponer que, en términos aproximados, los cuadros estadísticos de esta provincia coinciden con los datos nacionales, y que probablemente las IRA y las EDA sean también las patologías más frecuentes.

Sin embargo, esta clasificación de las enfermedades más frecuentes sería distinta si acaso se las contabilizara desde el punto de vista de las familias y de los médicos tradicionales locales, quienes consideran que las diez enfermedades o problemas de salud más frecuentes son:

- *wisa nanay* (dolor de estómago)
- *ch'uxu* (tos)
- *pisti* (gripe, resfrío)
- *k'ichalira* (diarrea)
- calentura

- cólico
- *chujchu* (terciana, sólo en lugares tropicales de esta provincia)
- madre (puerperio)
- *kiru nanay* (dolor de muelas)
- *jap'iga* (atrapado por la tierra, por la *Pachamama*).

En esta lista aparece la *jap'iga*, una enfermedad que no está reconocida ni figura en las entidades nosológicas de la biomedicina y que por consiguiente tampoco está en los cuadros estadísticos nacionales de salud. Que aparezca en el décimo lugar no quiere decir que tenga una incidencia marginal en los cuadros patológicos rurales, pues, según los quechuas de la zona, la *jap'iga* puede estar latente y/o manifestarse a través de otras patologías como el *wisa nanay*, el *ch'uxu* o el *kiru nanáy*, que aparecen en los primeros lugares de la misma lista (Castellón 1998: 84-85).

Entonces, como se puede ver, en la lista de enfermedades reportadas por el personal de salud biomédico no aparecen las enfermedades llamadas "síndromes culturalmente delimitados", también denominadas de "filiación cultural". Por ello, dedicaremos el apartado siguiente a examinar una de estas patologías.

La práctica de la medicina tradicional: el ejemplo del *susto*

Entre 1983 y 1984 se inició un trabajo con una curandera en la ciudad de México (Campos Navarro 1997). Ella había nacido al norte del país, en una zona minera árida y montañosa, en la ciudad de Gómez Palacio, Durango, muy cerca de Torreón, Coahuila. A los 14 años intentó casarse, pero sus padres, que no aprobaban dicho matrimonio, la enviaron primero a Ciudad Juárez, después a Puebla y finalmente a la ciudad de México.

Allí se estableció en Iztapalapa, en la parte oriental de la ciudad, y empezó a trabajar como

curandera urbana. Posee una casa sencilla donde mantiene un pequeño jardín botánico de plantas medicinales, y donde se percibe la presencia de múltiples elementos simbólicos, entre ellos su mesa-altar. Hay que decir que procede de una familia de curanderos, con toda una genealogía, y que ella también ha transmitido sus conocimientos y prácticas a sus hijos y a sus discípulos. Se trata de un curanderismo que se transmite de generación en generación, de modo que no va a desaparecer sino que se va a perpetuar y difundir en pleno siglo XXI.

Trabaja con una gran variedad de enfermedades, pero se especializa en el tratamiento de los *sustos*. Es -podríamos afirmar- una "sustóloga". De hecho, ella piensa que todo lo que sucede en la vida de cualquier paciente tiene una explicación inicial como *susto*, de modo que ella cura primero el *susto*, y luego la dolencia concreta.

Para otras enfermedades concomitantes usa métodos muy diversos, entre los que se cuentan algunos empleados por la medicina antigua, como el de las ventosas. También realiza prácticas más heterodoxas, como la de los "amarres" y "desamarres", que se aplican, por ejemplo, para mantener unida o separada a una pareja. También trata "daños", es decir, contrarresta hechizos y brujerías.

Algunos antropólogos médicos afirman que los "daños" constituyen una de las principales epidemias en nuestra América. Se trata de una enfermedad que es atendida exclusivamente por la medicina tradicional y no por la académica u oficial, lo que muestra claramente la relevancia e importancia de estos sanadores tradicionales.

Volviendo al *susto*, doña Marina, la curandera de la ciudad de México, señala que:

El *susto* es como, la vida, como el sueño, como una cosa muy nuestra, muy natural de nosotros. Los niños a veces están durmiendo, grita alguien cerca de los niños, por su sensibilidad ya se espantaron; cuando hay un grito, un golpe fuerte, un claxon fuerte. El niño se estremece, en esa estremecida ya estuvo que el niño se espantó, ya

su alma salió fuera de su **lugar, el niño -como** decimos- ya se *desconchinffó*¹, **es un susto** que **su alma lleva, que se sale** y revoatea por allí, **se sale el alma totalmente, totalmente** (Campos Navarro 1997: 112).

En el siguiente recuadro (de elaboración propia) ofrecemos un ejemplo de tratamiento del *susto*, conforme al procedimiento establecido por la misma curandera:

Un curador atiende a Carmen , una paciente aquejada de susto

El trabajo se inicia saludando a la paciente, preguntando su nombre e inquiriendo acerca del origen de la enfermedad:

-Me llamo Carmen.

-¿Qué le sucedió?

-Cuando estaba retornando de un viaje en bus, la maleta se me cayó.

-Te cayó encima y era de noche.

-Sí, encima y era de noche; estaba durmiendo.

-¿Y qué sentiste?

-Ese rato sentí como un vacío más o menos, y con el susto empezaron a adormecerse las manos y empecé a sudar frío, nada más.

-Y te estremeciste, te dio dolor de cabeza.

-Sí. Me estremecí, me dio dolor de cabeza.

-Y lo que sentiste, el adormecimiento, ¿cuánto tiempo te duró?

-Ha debido ser de cinco a diez minutos.

-Después descansaste, ya se te quitó, y el corazón se te aceleró. ¿Qué pensaste? ¿Qué había pasado? ¿Cuáles fueron tus primeras impresiones? ¿Pensaste lo que te había pasado?

-Lo primero, por unos segundos, mi mente estaba en blanco y luego ya estaba pensando en las cuestiones médicas que podía tener vómitos y todas esas cosas.

-¿Pensaste que a lo mejor había chocado el bus o se había caído o desviado?

-No tanto.

-Y después, ¿pudiste dormir bien, pasado este adormecimiento, o te quedaste sin poder dormir?

-Bueno, a un comienzo no pude dormir, casi al amanecer, recién por el cansancio, digamos.

-Y al día siguiente, ¿ya pudiste dormir normalmente o tenías cierto problema para dormir?

-No, ese día llegué directo al hospital para que me hagan algunos análisis.

-¿Qué te hicieron?

-El médico neurólogo me vio y me dijo "vamos a tenerle en observación, y por ahí vamos a tener que hacerle una tomografía", y yo le dije que no creo que sea para tanto y mejor hago no más reposo en mi casa y si hay cualquier cosa entonces le aviso.

-¿Te dio medicamentos?

-Me dio un analgésico, pero tampoco quise tomar.

-¿No tomaste alguna otra cosa... o mates?

-Bueno, yo generalmente tomo mates, mate de manzanilla, cualquier mate.

-En ese siguiente día, ¿pudiste comer bien?, ¿tu alimentación fue normal?

-Sí, comí normal.

-Bueno, te vamos hacer el tratamiento para el susto, te vamos a pedir que permanezcas parada. Cierra los ojos, tranquila, cómoda; separa tus manos, cierra tus ojos, no los abras hasta que yo diga, y descansa. (El curador le hace una "limpia" con hierbas aromáticas, y luego con la chompa de la propia paciente. Le reza oraciones católicas. Después, de manera sorpresiva, echa un vaso de agua en la cara de la paciente y le llama por su nombre: "Carmen, Carmen, Carmen...regresa a ti". Le cubre la cara con la misma chompa, le da de tomar un vaso de agua y le abraza).

Y listo, nada de *susto*".

¹ *Desconchinflar*: estropear, averiar, deteriorar. (Gómez de Silva 2001: 69.)

A continuación proponemos una breve descripción y una interpretación sintética del procedimiento:

- **El curandero crea un ambiente de confianza, trata de encarar todo lo que la paciente ha pasado, sentido y padecido, y le habla con seguridad.**
- **Tranquiliza a la paciente, la hace permanecer parada con los ojos cerrados para que se relaje y de repente le arroja el bálsamo (agua bendecida previamente) y la llama por su nombre: "Carmen, Carmen, regresa a ti", pero de una forma muy imperativa.**
- **Utiliza una prenda de la paciente –en este caso una chompa– para hacer la curación, cubriendo primero el cuerpo, después la cabeza.**
- **Después de secarle la cara, le dijo: "Carmen, ya estás curada del susto".**

En el tratamiento de este tipo de males hay un uso de la sugestión. Todo curandero tiene que sentirse muy seguro de lo que está haciendo, por eso siempre dice: "¡Yo sé curar!". Lo peor que puede hacer un curandero es mostrar inseguridad, pues la eficacia del tratamiento depende en gran medida de la confianza que el paciente deposita en él; por lo que es fundamental que el curandero se muestre seguro y convincente.

Hay que entender que para la mayoría de los pobladores originarios de América existe un cuerpo y varias almas. En el marco de la doctrina católica en el que discurre la educación formal sólo se admite la existencia de un alma. En cambio, para el hombre prehispánico mesoamericano y andino en general, el cuerpo está en equilibrio con varias almas. Cuando se experimenta una impresión fuerte, cuando se produce un *susto*, el alma se escapa, abandona el cuerpo. Éste no muere y sigue con su existencia cotidiana, pero en términos clínicos, ha perdido algo como consecuencia de la impresión. De este modo queda establecida la causalidad del *susto*, concretamente cualquier situación que provoque una excitación extrema; por ejemplo:

- el riesgo de ser arrastrado por el agua
- la caída en un río, una laguna

- el riesgo de ser sepultado por algún objeto
- la sensación de caer al vacío cuando se inicia el sueño
- los sismos
- la aparición repentina de animales (perros, víboras)
- presenciar acontecimientos muy violentos, etc.

A partir de ahí se llega a los síntomas: ansiedad, nerviosismo, insomnio y somnolencia, preocupación, parestesias (como sensación de hormigueo en extremidades superiores e inferiores), pérdida de apetito y agotamiento.

Hay que decir que las concepciones en tomo al *susto* son similares (con sus variantes) en toda América. Así, en la zona andina se entiende que el alma puede ser atrapada por la *Pachamama* o por alguna divinidad, lo que determina la urgencia de liberarla. El *susto* se cura por medio de diversas prácticas, entre las que destaca el intercambio con la divinidad a través de una ofrenda, y ése es precisamente una de las principales funciones del curandero: la intermediación entre la divinidad y el paciente para tratar de recuperar su alma.

Los procedimientos encaminados a la recuperación del alma varían según las regiones. En el México rural, el curandero tiene que ir al lugar donde se produjo el *susto* para hacer su mesa allí. No se deja nada al azar, sino que todo está cuidadosamente establecido. Se debe emplear agua bendita y el curandero puede llevar una prenda de vestir de la persona afectada por el *susto*, de modo que no es imprescindible la presencia del paciente; basta con una representación directa de su corporalidad.

Sin embargo, en algunas culturas indígenas, la recuperación del alma implica aún rituales que se transforman en epopeyas. De esta manera, el curandero que liberó y recuperó la entidad anímica, tiene que volver con el paciente, buscando el retomo directo del alma a la persona.

En este sentido, puede ser interesante analizar el testimonio de un paciente indígena en el que narra cómo fue afectado por el *susto*. En este relato es

interesante observar dos aspectos: la secuencia que hace el paciente del uso de los recursos humanos terapéuticos, y lo que sucede en términos de la explicación que ofrece el informante:

Cuando fuimos allá, al cerro, con el fin de cazar, me hirió la víbora, la que llaman palanca, aquí exactamente. Me cogió cerca de uno de mis ojos cuando me hirió. Otra vez se colgaba de mí y de un ayate [una tela delgada] que llevaba colgado en el hombro, se colgó, y entonces la víbora se me enredó en el cuerpo. Di saltos de esta manera sobre ella, la pisé y corrí. Le grité a mi hermano que iba delante, y aunque él volvió pensando en dispararle, ya en ninguna parte la vio; se escapó y se metió debajo de las piedras, pero la sangre salió hasta por aquí, hasta allá llegaba el chorro de sangre. De inmediato se hinchó mi cabeza, se llenó completamente, comí un poco de pólvora y un poco de camote... poco a poco comí mucha medicina, con lo que resistí.

Al día siguiente fue un enviado a Zongolica, al pueblo, a traer medicina. Entonces al regresar me dieron una copa de lo que trajo y con esto cesó la acción del veneno, toda acción cesó y se alivió mi dolor. Pero luego volvió la enfermedad; ahora mi cara se había inflamado completamente y ahora sí era cuando me llevaron al pueblo.

Parece que estuve allá un mes, no me curaba el doctor. Cambiaron de doctor y él me alivió, bueno, me alivié y vine a mi casa, pues de todo se alivió completamente mi rostro, pero no me levantaba y enflaquecí mucho, me sequé, y además soñaba que veía venir la víbora. Pues así de esta manera soñaba y esto me sucedió en junio, a fines de junio, y fue hasta diciembre cuando ahí se encontraba un señor cuyo nombre era Anselmo. Él sabía la manera de gritar a la *lona* [alma], y entonces lo fueron a ver, y mi hermano lo llevó allá, donde tuve el accidente. Me quitó mi camisa aquí y se la llevó. Llegó hasta allá, antes pidió velas, aguardiente, azúcar y doce flores de ofrenda... En su centro colocaron una flor y amarraron doce atados. Allá los coloca sobre la superficie terrestre, junto con la cera y el agua bendita, con incienso. Allá inciensan, él sabe cómo lo hace, él sabe gritar a la *lona*, va a platicar a la tierra.

Ya llegaron allá, cerca del lugar del accidente. Dicen pues que allá me encontraron, que yo andaba corriendo en las matas de *tepejilote*. Entonces dicen

que llegaron allá y mi hermano le enseñó en dónde exactamente. Entonces hicieron café, y colocó correctamente las cosas sobre la superficie de la tierra. Hizo su adorno, colocó las velas de cera. Allá habló y habló, pero yo no sé cómo es eso, yo no sé la forma en que hablan a la superficie terrestre. Al regresar me puso mi camisa; otra vez vino a colocar flores para mí de la misma manera en que fue hacer allá, lo vino a hacer aquí en casa. Es todo lo que se hizo.

Es entonces cuando tocan la botella, gritan mi nombre y tocan la botella. Así, con esto me vuelven a traer, también en agua que contenía la tierra del lugar donde tuve el accidente. Ahí recogió tierra y la puso con agua en la botella. Al llegar aquí me la rocío y me la hizo beber, me hizo poner la camisa y otra vez puso flores para mí en la tierra, y eso fue todo. Siete días después, ya había cobrado fuerza, ya empecé a salir, ya había sanado en verdad y si no hubiera hecho esto no me hubiese aliviado, si no me hubieran llamado no me hubiera aliviado. Me sucedió esto en junio y en diciembre me alivié. Ya estaba tardando y hasta que fueron a traer a mi *lona* me alivié. Fuerte fue el *susto* que tuve allá (Reyes 2000: 215-217).

Ésta sería la experiencia de un paciente indígena mexicano, pero hay que decir que esta enfermedad presenta rasgos diferentes en cada zona. Veamos el caso de los kuna, un grupo indígena de la costa del Atlántico en Panamá. Se trata de un grupo étnico que ha conservado una cultura muy original. Por ejemplo, sus curanderos juegan un papel sumamente importante. Cada uno de ellos realiza sus actividades curativas con la ayuda de su propia entidad divina, llamada *uchu*, que no es un simple muñeco de madera, sino que tiene vida y alma, o almas, ya que su cultura admite la existencia de varias almas. De hecho, ellos consideran que cada órgano del cuerpo tiene su propia alma. Por tanto, el aspecto mágico-religioso de la curación reviste una gran importancia y determina ritos de recuperación muy complejos y específicos.

Para hablar del *susto* en los Andes, hay que hacerlo a partir de la concepción del grupo étnico acerca de la organización del cuerpo material y la parte inmaterial del mismo. Aymaras y quechuas tienen

conceptos bastante claros e interesante al respecto. Los andinos creen en la existencia de tres entidades que corresponden al concepto de alma o ánimo, aunque en esto no hay una definición única. Según ellos, los tres ánimos o *ajayus* residen en un "órgano" que llaman *chuyma* en aymara y *sunqu* en quechua y que podría traducirse aproximadamente como corazón. Sin embargo, ellos tienen una idea bastante peculiar de corazón. En la cultura occidental se piensa en el órgano que late y que bombea la sangre, pero para ellos es mucho más complejo. Cuando hablan de *chuyma* se refieren aun sitio donde se juntan muchos órganos por los que circulan fluidos. Así, *chuyma* o *sunqu* designan al corazón, el órgano que bombea la sangre, pero también los pulmones, por donde fluye aire, la tráquea, el esófago, los intestinos, por donde fluyen alimentos semilíquidos, y también estaría la grasa, considerada como un fluido que circula igual que la sangre. Cuando se piensa en *chuyma* hay que imaginar una víscera compleja, compuesta por todos los órganos por donde circulan los fluidos que los andinos consideran vitales. De allí se deriva la idea de que el *ajayu* o el ánimo es un fluido.

El *ajayu* consta de tres partes: *maya ajayu*, *paya ajayu* y *quimsa ajayu*, es decir, primero, segundo y tercer *ajayu*, que en quechua se corresponden con el ánimo grande, mediano y pequeño. Cuando existe equilibrio en la respiración, el *ajayu* no puede salirse del cuerpo, pero cuando una persona se sobresalta o tiene un *susto*, cuando se enfrenta con algo que la pone nerviosa o hace un gesto de pánico, a veces de terror, el fluido puede escapar del cuerpo.

Por otro lado, también creen en la existencia de entidades sobrenaturales que residen en determinados sitios, de modo que la Madre Tierra, la *Pachamama*, por ejemplo, puede atrapar el ánimo de una persona en circunstancias determinadas, causando una enfermedad específica. También los *anchanchus* (entidades del subsuelo) o el Tío de la mina pueden apoderarse del ánimo de una persona. En esos lugares pueden quedar atrapadas las tres almas, en cuyo caso la persona muere.

Asimismo, el *maya*, es decir, el primer *ajayu*, lo que en quechua sería el *ajayu* grande, puede salir del cuerpo durante el sueño, no necesariamente con un *susto*, y normalmente regresa antes de despertar. De manera similar, el *ajayu* puede visitar a otras personas.

En el caso del *susto* en el campo se presentan varias posibilidades alternativas: el campesino debe volver de su chacra al atardecer. Si se retrasa un poco y al caminar de retorno a su casa en la oscuridad de la noche se siente sobresaltado por un sonido o aleteo, en el momento en que abre la boca para gritar se sale el *ajayu* de su cuerpo y podría quedar atrapado en ese lugar. A menudo, la persona tiene consciencia de haber sufrido el *susto*.

Pero hay otras oportunidades en las que el fenómeno del *susto* no es tan evidente. La persona puede tener los síntomas, pero no sabe exactamente qué puede haber sucedido. En esos casos, surge una cierta noción de castigo: "... un día, me invitaron un traguito y me olvidé de *ch'allar a la Pachamama*. Entonces, de repente eso es lo que ha ocasionado que la *Pachamama* haya atrapado mi ánimo".

Otra posible situación que mencionan con frecuencia es la de sufrir un accidente durante un viaje. Ese momento es también motivo de sobresalto, que es lo que ocasiona el *susto*. Los síntomas son variados: desde movimientos compulsivos durante el sueño, hasta despertarse entre lágrimas y gritos. El campesino de los Andes no suele ser muy expresivo, pero cuando está *asustado* puede despertar gritando y gesticulando con gran dramatismo, circunstancia que por lo inusual podría tomarse como un síntoma del *susto*.

El *susto* se manifiesta asimismo en el cuerpo de quien lo padece. Se trata de signos sutiles aunque innegables, como, por ejemplo, los ojos presentan alteraciones difíciles de definir, acompañadas de una cierta palidez en toda la parte blanca del ojo. Se puede reconocer a una persona enferma, aunque a veces los síntomas físicos no están relacionados con el *susto*, de modo que esas personas continúan con su ru-

Enfermedades atendidas por la biomedicina y por el curandero popular

Enfermedades en que las madres recurren a la biomedicina

Calentura	Diarrea
Accidentes	Tos
Tuberculosis	Malaria
Mal de Chagas	

Enfermedades en que las madres consultan al curandero popular

<i>Empacho</i>	Susto
<i>Chullpa</i>	<i>Uriju</i>
<i>Amartelo</i>	Muspha

El caso de Juanito : dos posibles enfoques médicos

Paciente de 4 años. Mientras jugaba, cae de un primer piso, desde una altura aproximada de 2,5 metros. Sufre impacto directo en la región frontal y parietal izquierda de la cabeza, con pérdida del conocimiento durante un minuto. De inmediato es llevado a un hospital, donde le toman radiografías que resultaron sin datos de fractura. Se lo da de alta con indicaciones de vigilancia estrecha. Al día siguiente presenta vómitos en dos ocasiones, por lo que es trasladado nuevamente al hospital. La revisión por neurocirujano descarta complicación neurológica.

En la consulta externa, Juanito se encuentra bien, con excelente respuesta a los estímulos externos; camina, obedece órdenes y no muestra alteraciones psicomotrices. Sin embargo, la madre puntualiza que su hijo continúa con somnolencia y poco apetito.

Posibles diagnósticos: traumatismo encefalocraneano, estudio del líquido cefalorraquídeo, susto.

Posibles medidas de intervención terapéutica: control y terapia biomédica, referencia a médico tradicional, *wisa thallisga* ("volcado de estómago"), seguimiento.

tina cotidiana. Sin embargo, si una persona sospecha que padece de *susto*, probablemente buscará ayuda y acudirá a un especialista. El *susto*, en definitiva, es una enfermedad delimitada por la cultura. Se puede diagnosticar el susto a través de rituales, pero lo interesante es que los especialistas indígenas recurren a muchas otras formas de diagnóstico para este mal.

Desde una perspectiva de interculturalidad apropiada, el médico debe establecer una doble línea de trabajo: por una parte reconocer y tratar el problema físico (si lo hay) y, por otra, establecer una aproximación a las creencias de los pacientes y sus familiares e invitar a un especialista indígena o tradicional a celebrar los rituales necesarios para la recuperación del paciente o las entidades anímicas afectadas durante el evento traumático. ¿Es necesario que el paciente crea? Partiendo de nuestro conocimiento directo del trabajo de los

curanderos originarios y de nuestra propia experiencia podríamos concluir que los tratamientos de los especialistas indígenas siguen siendo válidos aunque el paciente y sus familiares no estén imbuidos de las nociones particulares de cuerpo/almas que se manejan culturalmente. Señalemos que se trata de un procedimiento psicoterapéutico asociado a la catarsis, que en sí es curativa, y que es una forma de re-nacimiento de la persona como ser íntegro (Nathan 1997: 135-161).

El hecho de reconocer y comprender la epidemiología sociocultural permitirá al trabajador de la salud, no sólo entender y comprender la enfermedad y el padecimiento de los pacientes, sino también a adquirir una visión amplia e integradora de los procesos de salud/enfermedad/atención en términos individuales y colectivos desde una perspectiva médica intercultural.

Bibliografía

Campos Navarro, Roberto

1997 *Nosotros los curanderos... Experiencias de una curandera tradicional en el México de hoy*. México, D. F.: Nueva Imagen.

Castellón, Iván

1998 *Abril es tiempo de kharisiris*. Cochabamba, Bolivia: Serrano.

Gómez de Silva, Guido

2001 *Diccionario breve de mexicanismos*. México, D. F.: Fondo de Cultura Económica.

Girault, Louis

1987 *Kallawaya. Curanderos itinerantes de los Andes*. La Paz: Unicef, OPS y OMS.

Fernández, Gerardo

2004 "Ajayu, Animu, Kuraji. La enfermedad del 'susto' en el altiplano de Bolivia". En: Fernández (coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Quito: Abya-Yala, BOLHISPANA y Universidad de Castilla-La Mancha.

1998 *Los kallawayas: medicina indígena en los andes bolivianos*. Cuenca, España: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.

Loza, Carmen Beatriz

2004 *Kallawaya. Reconocimiento mundial a una ciencia de los Andes*. La Paz: Viceministerio de Cultura, Fundación Cultural del BCB y Unesco.

Nathan, Tobie

1997 *La influencia que cura*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Reyes, Luis

2000 "Relatos sobre llamada de tona". En: López (ed.), *Textos de Medicina Náhuatl*. México, D. F.: UNAM.

LAS ENFERMEDADES DESDE UN ENFOQUE ANTROPOLÓGICO: EPIDEMIOLOGÍA SOCIOCULTURAL Y SÍNDROMES DE FILIACIÓN CULTURAL

Elia Nora Arganis

*Mi compadre Juan Pérez, que trabaja conmigo,
siempre me estuvo diciendo que lo que yo tenía no era cosa buena.
Que debía acudir donde un curandero a que me curara de esa brujería.*
Onésimo Núñez, paciente, 1993

Las enfermedades en la biomedicina se construyen a partir de un conjunto de signos y síntomas, con una etiología, un diagnóstico y un tratamiento. Estos conceptos aprendidos en las escuelas de medicina se ven confrontados en la práctica, ya que en la relación médico-paciente, con frecuencia los enfermos expresan sus síntomas desde una construcción social y cultural que puede estar muy alejada de los conceptos biomédicos sobre la enfermedad.

En el proceso salud/enfermedad intervienen otros actores sociales, entre ellos los curanderos, cuyo saber está basado en una cosmovisión, una forma de ver el mundo, que es compartida por el enfermo; sus prácticas son alternativas que pueden ser utilizadas, pero de manera subordinada en los procesos de atención de la enfermedad.

Aunque la biomedicina excluye **las representaciones y prácticas** que provienen de estos saberes

subordinados, los grupos sociales manejan una epidemiología sociocultural en la que integran las enfermedades reconocidas por los médicos, así como muchas otras nosologías donde los factores sociales y culturales desempeñan un papel fundamental. De allí que al revisar las etnografías sobre procesos de salud/enfermedad, se constata que se reconocen en el mismo nivel la diarrea, el *susto* o la hechicería.

Es necesario entonces acercarse a las representaciones que tienen los grupos sociales de estas enfermedades, reconocidas en el campo de la antropología como síndromes culturalmente delimitados o síndromes de filiación cultural. En este artículo analizaremos los conceptos del *susto*, el *empacho*, el mal de ojo y la hechicería, señalando su causalidad, signos y síntomas, así como su tratamiento.

Las diversas perspectivas sobre la enfermedad

Las diferencias en la percepción e interpretación sobre las enfermedades y sus formas de atención "están determinadas por la posición social relativa de las personas en la sociedad global y están fuertemente modeladas por su experiencia individual y por su sistema cultural" (Pedersen 1989). Encontramos que en nuestras comunidades indígenas existen por lo menos tres perspectivas: la de los pacientes, la de los curanderos y la del personal de salud institucional; todas éstas, aunque de manera diferente, están condicionadas por lo social, lo cultural y lo técnico.

El personal de salud maneja una visión de la enfermedad cuyo eje es la dimensión biológica. Se concibe al enfermo como un conjunto de aparatos y sistemas, aunque en el discurso se habla de los aspectos sociales como factores de riesgo, en la práctica se pierde de vista lo histórico-social; se elimina su dimensión cultural y la de su entorno comunitario.

Frente a esta concepción biologicista de la enfermedad, los pacientes y curanderos indígenas manejan representaciones y prácticas con hondas raíces prehispánicas. Conservan una cosmovisión compartida del proceso salud/enfermedad afinada en saberes y creencias mesoamericanos, una forma de ver y entender el mundo que les permite construir una serie de explicaciones sobre los padecimientos, en las que los factores socioculturales juegan un papel fundamental.

A la vez constatamos la penetración socioeconómica y cultural de la biomedicina entre los diversos grupos sociales. En el saber popular indígena se interrelacionan y superponen las representaciones y prácticas de la medicina popular con las adquiridas a partir del saber biomédico: se producen fenómenos de articulación, síntesis y transformación, en los que los conceptos y medicamentos de la biomedicina son utilizados por los indígenas, que los integran dentro de su cosmovisión. Como ejemplo tenemos la clasificación de ciertas enfer-

medades reconocidas por la medicina académica o algunos medicamentos que entre los grupos indígenas se consideran "fríos" o "calientes"; de esta manera, juzgamos fundamental acercarnos al reconocimiento de los procesos concretos en que las diferentes etnias conciben la enfermedad.

La epidemiología sociocultural: los síndromes culturalmente delimitados

Los grupos sociales manejan una epidemiología sociocultural en la que se integran elementos diversos; así, las enfermedades pueden ser clasificadas según a sus manifestaciones patológicas, sus causas o por el ámbito de la demanda. Aparecen una serie de patologías que, desde el punto de vista del personal de salud institucional, no existen o se consideran como meras supersticiones. Padecimientos como el *susto*, el mal de ojo, el *empacho* o la hechicería son ejemplos de los síndromes de filiación cultural.

Consideramos dentro de esta categoría a aquellos complejos mórbidos que son percibidos, clasificados y tratados conforme a claves culturales propias del grupo y en los que es evidente la apelación a procedimientos de *eficacia simbólica* para lograr la recuperación del enfermo (Zolla *et al.* 1988: 31)

Se trata de enfermedades que son percibidas y vividas como tales por millones de personas, no sólo entre los grupos indígenas, sino entre la propia población urbana y suburbana; se consideran culturalmente delimitados porque aunque las denominaciones sobre estas enfermedades varían de acuerdo al grupo étnico, existen elementos comunes de identidad cultural que reflejan una cosmovisión en la que los procesos de salud enfermedad están íntimamente relacionados con otros aspectos de la vida social.

A continuación mencionaremos algunos de los síndromes de filiación cultural. Se señala su causalidad, los signos y síntomas que se presentan con mayor frecuencia, así como las formas de curación y prevención que se utilizan en algunas zonas indígenas.

El *susto*

El *susto* o espanto se relaciona con la pérdida del alma; es una patología ampliamente difundida por toda Hispanoamérica. Se basa en el entendimiento común de que un individuo se compone del cuerpo y una sustancia inmaterial que se separa del cuerpo, vagabundeando libremente o que puede ser atrapada por seres sobrenaturales (Rubel 1989: 26).

Con frecuencia se menciona que una persona corre peligro de perder este componente anímico cuando no respeta los límites de las moradas de los espíritus guardianes de la tierra, cuevas, montañas, barrancas y principalmente de los depósitos de agua, como son los ríos y manantiales, lugares donde residen los seres más temidos.

Existen diversos tipos de *susto* que se denominan de acuerdo a su agente causal. Así, se habla de espanto de agua, de muerto, de chaneque, etc. Los niños -principalmente los recién nacidos- son considerados altamente susceptibles de perder su espíritu. Los adultos también padecen de esta enfermedad, entre los trastornos que suelen presentar destacan la debilidad, la pérdida del apetito, la tristeza, apatía, somnolencia, palidez, desmayos, dolor de cabeza y mareos. En los niños se reporta llanto excesivo, inquietud y fiebre.

Generalmente, el diagnóstico es establecido por el terapeuta tradicional. Para la curación de este padecimiento se hace indispensable la participación de un especialista en capturar o recuperar el alma. Los procedimientos terapéuticos utilizados son numerosos y normalmente consisten en la realización de complejas ceremonias, "llamadas del alma", que incluyen ofrendas a los seres sobrenaturales, utilizan la unción, el sahumerio, las limpias con diversas plantas o con huevos y la ingestión de bebidas preparadas con plantas medicinales (Rubel 1989).

El *empacho*

Se relaciona con la idea de que los alimentos se quedan "pegados en el estómago". La causa se atribuye por lo general al consumo de alimentos de difícil digestión, como "pellejos" del elote o del frijol, cá-

caras de frutas como el tejocote, capulín o ciruela, frutas verdes como el mango, alimentos mal cocidos, como pan o tortillas crudas, alimentos fríos o calientes, alimentos en descomposición o incluso ingestión de sustancias no alimenticias como tierra, papel o chicle. Aunque toda persona puede enfermar de *empacho*, los más propensos son los niños entre dos y seis años. Los síntomas más comunes son la diarrea, vómitos, falta de apetito; se puede presentar dolor de estómago y palidez, el excremento es aguado, baboso, verdoso y puede presentar restos mal digeridos.

Existen diversos tipos de *empacho*: de acuerdo a la presencia de diarrea, tenemos el *empacho* seco o aguado; con relación a su gravedad, se habla de un *empacho* ligero y fuerte; también se mencionan los *empachos* de acuerdo al factor desencadenante (*empacho* de fruta, *empacho* de leche, etc.).

El diagnóstico se realiza a través del interrogatorio al paciente adulto o al acompañante del niño, la palpación, la pulsación, y la observación y percepción olfativa de las heces.

La curación del *empacho* corresponde a dos ámbitos: el del curador especializado o del sobador y el doméstico, familiar, vecinal. Los métodos tradicionales para curar el *empacho* son: se soba el abdomen del paciente de afuera hacia adentro, o desde manos y pies hasta el tronco; se usa aceite rosado para sobar el vientre y para que los intestinos filtren bien. Se utiliza también la administración de infusiones de plantas medicinales, purgas de distintas sustancias, emplastos y masajes en la parte afectada y "tronar el *empacho*", que consiste en jalar la piel de la espalda (Campos Navarro 2000).

La *caída de mollera*

Es una enfermedad infantil originada por una causa de tipo mecánico: golpes, caídas o movimientos bruscos afectan directamente la cabeza del niño, ocasionando que al menor se le "suma la mollera", es decir, que se le deprima la fontanela anterior. Se presentan diversos síntomas como vómitos, diarrea y llanto incesante.

El diagnóstico se establece a través del interrogatorio de la madre del paciente, por observación y palpación del hundimiento de la fontanela. Su tratamiento es llevado a cabo por el curandero. Es necesario levantar la fontanela hasta que ocupe su lugar de origen. Entre las terapias más comunes está la aplicación de diversos tipos de emplastos, y realizar diversas maniobras como succionar la fontanela, sacudir al niño o empujar el paladar para que la fontanela vuelva a su lugar.

El *mal de ojo*

Por lo general se refiere a un síndrome de filiación cultural relacionado con la mirada de las personas. Se dice que un individuo puede tener la mirada muy fuerte o caliente y por tanto puede afectar a la persona, animal o planta que sea objeto de su admiración o envidia.

Es considerado como una enfermedad infantil que afecta sobre todo a los niños más pequeños. La causa del *mal de ojo* es la mirada fuerte de una persona, aunque se puede asociar a otros factores. Los síntomas son malestar general, inquietud, llanto incesante, falta de apetito, fiebre, diarrea intensa, vómito, ojos irritados. El diagnóstico inicial lo realiza la madre al identificar el cuadro clínico súbito y asociarlo con el antecedente de que alguien vio al niño.

Los tratamientos para el *mal de ojo* se establecen de manera inicial en el ámbito familiar. Se acude al especialista para confirmar el diagnóstico o cuando las medidas terapéuticas iniciales no dan resultado. Las medidas más comunes para tratar el *mal de ojo* son las *limpias* con huevos y plantas medicinales. Existen medidas preventivas para proteger a los niños de la mirada de los extraños, como por ejemplo cubrirles la cara, no dejarlos salir de la casa o el uso de amuletos como el ojo de venado (Mendoza 1997).

La hechicería o brujería

La hechicería o brujería consiste en un conjunto de procedimientos que se acompañan con una serie de materiales mágicos y actos rituales, así como con

componentes verbales ejecutados por diversas personas para alcanzar objetivos tales como enfermar o matar a un individuo, causar desgracias y accidentes, e influir en las situaciones amorosas. Es un aspecto muy importante dentro de la concepción del proceso salud/enfermedad, especialmente en tomo a padecimientos violentos o cuando presentan resistencia a los tratamientos médicos. Las explicaciones sobre estas enfermedades se basan normalmente en que una persona hace daño deliberadamente a otra. El tratamiento de las enfermedades ocasionadas por brujería requiere de la participación del especialista, ya sea del curandero o del brujo; los diagnósticos implican el uso de diversas técnicas adivinatorias que varían de acuerdo al grupo.

En el tratamiento se utilizan prácticas rituales como *limpias* con plantas medicinales y huevos, ingestión de infusiones o cocimientos de plantas, fricciones, masajes y sobadas, oraciones y conjuros para deshacer los hechizos, o chupar para extraer la enfermedad (Mata 1994).

Síntesis

En este tema se analizan las enfermedades desde un punto de vista antropológico, reconociendo que existen diversas perspectivas de la enfermedad: la del paciente, la del curandero y la del personal de salud.

Los grupos sociales manejan una epidemiología sociocultural, estableciendo una clasificación de las enfermedades en la que se integran saberes y prácticas de diversas fuentes. Sin embargo, los grupos indígenas conservan en muchos casos una cosmovisión de origen que subyace a las representaciones y prácticas alrededor de los procesos patológicos de la enfermedad.

En los síndromes culturalmente delimitados o síndromes de filiación cultural, los aspectos socioculturales son determinantes para entender y atender estos procesos mórbidos. Es entonces necesario analizar la expresión concreta de estos síndromes en los diferentes grupos étnicos.

Bibliografía

Campos Navarro, Roberto (comp.)

2000 *El empacho en la medicina mexicana. Antología (siglos XVI-XX)*. México, D. F.: Instituto Nacional Indigenista.

Mata Pinzón *et al.*

1994 *Diccionario enciclopédico de la medicina tradicional mexicana*. México, D. F.: Instituto Nacional Indigenista.

Mendoza González, **Zuanilda**

1997 "¿Enfermedad **para quién?**: **Saber popular entre los triquis**", *Nueva Antropología* 52-53. Vol. XVI: 117-136, México.

Pedersen, Duncan

1989 "Curanderos, divinidades, santos y doctores", *América Indígena* Vol. XLIX, N°4: 635-663, octubre-diciembre.

Rubel, Arthur

1989 *Susto. Una enfermedad popular*. México, D. F.: Fondo de Cultura Económica.

Zolla, Carlos *et al.*

1983 *Medicina tradicional y enfermedad*. México, D. F.: Centro **Interamericano** de Estudios de Seguridad Social.



Tratamiento del susto en la actualidad en Ayacucho, Perú. © Roberto Campos Navarro

MÓDULO

EL ENFOQUE INTERCULTURAL EN EL
DESARROLLO DE PROGRAMAS DE
INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y
COMUNICACIÓN PARA LA SALUD

COMUNICACIÓN PARA UNA SALUD INTERCULTURAL

Ariel Pérez Rosas

*Una sociedad puede **considerarse humana**
en la medida **que sus miembros se confirmen entre sí.**
(M. Buber)*

El escenario intercultural

Bolivia es un país pluriétnico y multicultural; diversas culturas coexisten en su territorio, cada una poseedora de tradiciones, saberes y costumbres muy diferentes. Tan rica diversidad se expresa/materializa en cada una de las manifestaciones humanas de *lo cotidiano*, creando y recreando incesantemente nuevas categorías identitarias. En este proceso, la cultura se constituye en el escenario sobre el cual se generan y desarrollan todos los hechos y acontecimientos sociales, por lo que su naturaleza, esencialmente significativa, es transversal a todos ellos -por ejemplo el cuidado de la salud-, convirtiéndolos así en entidades concretas. Como dimensión constitutiva de la sociedad, subyace entonces en tanto dimensión que compromete las acciones individuales y colectivas de los sujetos. La cultura se imbrica, entonces, con los modos de vida, con las acciones

humanas de todo tipo y conforma el fundamento último de sus significaciones.

Como escenario de las interacciones sociales, la cultura aparece entonces vinculada inseparablemente a la vida concreta y cotidiana de los sujetos (de sus acciones y relaciones) y a las condiciones sociales que las generan. No obstante, esta vinculación no se verifica de modo reflexivo. En otras palabras, los individuos no elegimos nuestras significaciones ni nuestra cultura.

En un espacio multicultural como Bolivia, cada cultura genera/aporta, involuntariamente, cosmovisiones y significaciones que fluyen desordenadamente entre unas y otras, influenciándose a tal grado que llegan a modificarse y a resignificarse bajo nuevos conceptos. Estas influencias mutuas, derivadas de interacciones asimétricas mediadas por relaciones de poder, generan tensiones (encuentros y desencuentros) que, lejos de ser analizadas desde la

dicotomía, deben ser entendidas –desde la comunicación– como un espacio de diálogo y conflicto. Así, el reconocimiento de *mi cultura*, incluye, al mismo tiempo, el reconocimiento de otras que, superando la visión dicotómica señalada, no se constituyen en una invención externa, diametralmente distinta y amenazante, sino más bien en un espacio de coexistencia, no siempre pacífica, rico en potencialidades constructivas: "Vivir (*con el otro*) significa estar constantemente inmerso en una conversación en la que las diferentes identidades se reconocen, se intercambian y se mezclan, pero no se desvanecen".

Espacios fronterizos: encuentros y desencuentros

Una determinada comprensión de los espacios fronterizos influenciada por el pensamiento modernista –en el marco de una concepción de *Estado-nación* como eje articulador de la organización social y política– tiende a caracterizarlos como espacios territoriales claramente definidos donde todo se divide: culturas, países, poblaciones, etc. Una comprensión más amplia de las fronteras nos permite percibir las como espacios territoriales y/o simbólicos, donde como lo señala García Canclini (2000), "la interculturalidad se acentúa"; espacios en los que la paradoja, la ambigüedad, la ambivalencia, lo dinámico y lo sinuoso coexisten con lo claro, lo preciso y lo evidente. Espacios que separan pero que también comunican; que singularizan y pluralizan a la vez.

Comprendidas así las fronteras, Bolivia, al igual que el resto de los países de América Latina, se nos presenta como una entidad geocultural: una encrucijada, una amplia zona fronteriza en la que se producen constantes tensiones entre lo que se considera propio y lo que se considera ajeno; es decir, un espacio que se materializa "por lo que incluye o exclu-

ye" (Trigo 1991: 72). En este marco, los elementos que fueron configurando la condición esencialmente heterogénea del país, habrían sido originados en una compleja unión/mezcla asimétrica de tradiciones y modernidades diversas, desigualdades y lógicas diferentes. Así, lo fronterizo connota un flujo permanente, una confrontación, un continuo descentramiento, la transgresión¹.

Desde esta perspectiva, nos encontramos frente a una frontera simbólica, cada vez que dos o más culturas entran en algún tipo de relación y los espacios de una y de otra se contraen, es decir, cuando las culturas entran en la práctica del contacto, un espacio de permanente roce y dominación, más aún si nos referimos a aspectos intangibles como pueden ser los imaginarios culturales², campo al cual pertenece el concepto de salud y de enfermedad.

La salud, un campo de saberes asimétricos

A decir de Rodríguez (1996), "**la dominación cultural es una dominación simbólica que, al igual que la dominación material, se consolida a través del intercambio simbólico desigual**". Esto equivale a aceptar la existencia de otra/s cultura/s pero sin reconocerla/s como tal/es o, dicho de otro modo, asumir una posición etnocentrista. Asumir que "**una cultura distinta a *mi cultura* podría estar en un peldaño inferior en una supuesta escala de evolución cultural**" es una actitud propia de esta postura. Reconocer que en el proceso de dominación cultural se producen efectos de significaciones que afectan tanto a dominados como a dominantes es esencial para comprender los conceptos de *distancia física y distancia estructural*, tan necesarios para el análisis de la salud como un espacio fronterizo simbólico (intercultural).

¹ Trigo (op. cit.: 90) afirma: "...la transgresión constituye la frontera donde la frontera se extingue y se hace frontera, dando a lugar a lo que Foucault llama 'el pensamiento del afuera', 'una forma de pensamiento en la cual la interrogación de los límites reemplaza la búsqueda de totalidad y el accionar transgresivo reemplaza el movimiento de las contradicciones'".

² Cada cultura genera su propio imaginario. Cada cultura tiene sus propias formas de concebir y percibir el mundo.

Entenderemos la distancia física como la cantidad de kilómetros y las dificultades **naturales** (o barreras geográficas) que separan a dos grupos **humanos, es decir, las fronteras naturales**. Sin embargo, este tipo de distancia no nos dice nada sobre **cuán cerca se encuentran culturalmente estos grupos**. A decir de Evans-Pritchard (1997), la distancia **estructural "significa la distancia entre grupos de personas en un sistema social, expresada en función de sus valores (...) los valores limitan y definen la distribución (de las ideas) en términos estructurales y proporcionan un conjunto diferente de distancias"**³. Es decir que una comunidad puede estar muy cerca de otra, e incluso coexistir en el mismo espacio físico, pero desde el punto de vista cultural, la distancia **estructural** que separa a una de la otra puede ser enorme. Por el contrario, también es importante comprender que a menudo dos o más grupos con diferentes culturas coexisten en un mismo territorio, aunque esta situación no nos debería llevar a concluir que estos grupos no pertenezcan al mismo sistema social. En este contexto, la tolerancia en el escenario de lo cotidiano, jugará un papel fundamental en la configuración de las relaciones sociales interculturales.

En un espacio intercultural, los campos de interlocución posibilitan la existencia de determinados modos de identificación, pero al mismo tiempo excluyen a otros. Bolivia, por ejemplo, al igual que el resto de los países de América Latina, representa un escenario de interlocución en el que los diferentes grupos étnicos forman parte de un diálogo de saberes en torno a la salud, pero en el que también son parte de una relación de conflicto, como veremos a continuación.

El saber en torno a la salud (**al igual que todos los saberes**) está mediado por relaciones de poder. Esta afirmación, casi de Perogrullo, cobra una significación

especial a la hora de adentrarnos en la comprensión del espacio fronterizo generado por la coexistencia y el abigarramiento de diversos saberes relacionados con la salud. Rossana Reguillo (2002a) afirma que "una de las tareas fundamentales para el pensamiento y trabajo crítico reflexivo es volver visible la brecha entre los llamados saberes expertos y el ciudadano común", fundamentalmente cuando el llamado ciudadano común es poseedor de un saber que difiere y se distancia estructuralmente del saber oficial-experto-científico, como en el caso de la salud.

Todos los días somos testigos de prácticas médicas que se sustentan en saberes que se han desarrollado -en gran medida- a partir de dimensiones históricas paralelas y que, en la actualidad, se relacionan en un espacio carente de bordes. Saberes que a lo largo de nuestra historia han ido dialogando pero también enfrentándose. Por un lado, el llamado conocimiento médico científico, *saber experto* y oficial, y por el otro, una serie no articulada de *saberes tradicionales* provenientes de diferentes grupos étnicos coexistentes en nuestro país.

Pues bien, varios estudiosos han demostrado que mientras el pensamiento científico va de lo racional a lo empírico, los saberes tradicionales van de lo experiencial a lo racional. Este primer elemento marca una diferencia fundamental en cuanto a la construcción misma del conocimiento, aspecto del cual se desprenden una serie de consecuencias epistemológicas y prácticas; por ejemplo: muchas personas no recurren a los servicios médicos formales porque no tienen las condiciones financieras para hacerlo, porque no les gusta el trato que reciben cuando acuden o porque muchos de los servicios chocan con sus ideas sobre la salud. Y es que la racionalidad científica se articula alrededor de una lógica que todo lo objetiviza, a diferencia de los saberes quechuas y

³ Evans-Pritchard 1997, citado en Grimson 2000.

⁴ Me refiero a **investigaciones etnográficas** como la de CIAES: "**Maternidad tradicional**", realizada en el año 1991 en zonas periurbanas de la ciudad de Cochabamba y publicada por UNICEF, así como a las realizadas por Guillermo Cardozo en diversas comunidades de Bolivia (de los tres **pisos ecológicos del territorio nacional**) cuyos resultados han sido publicados en el libro *Yatrogenia cultural* (Cardozo 1990), entre otras.

⁵ Se refiere fundamentalmente a la discriminación cultural.

aymarasb, por ejemplo, que se articulan sobre la base de una lógica en la que interactúan varios elementos que corresponden a una cosmovisión en la que los hechos se equilibran unos con otros, "donde lo material se confunde y tiene su reciprocidad con lo espiritual, el mito, el cuerpo, la vida y la muerte son parte de un todo, que se re-imagina y funda constantemente" (Cardozo *op. cit.*: 13). Y aunque estos saberes han aprendido a expresarse en castellano, especialmente en los sectores *urbanos*, este castellano pugna con el quechua y/o con el aymara -definidos por otros imaginarios culturales-, para expresar sus vivencias. Parafraseando a Norma Klahn, diríamos que ese español piensa en quechua y/o en aymara. Éstas y otras diferencias marcarían una importante distancia estructural cultural y, por consiguiente, una praxis signada por el desencuentro.

Según Foucault (1994a), estaríamos, a primera vista, ante un caso de un *saber sometido*; es decir, ante un bloque de saberes que, aunque presentes, son descalificados como no competentes o insuficientemente elaborados, paralelos, explícitamente marginados respecto a los saberes de la medicina científica, saberes incapaces de lograr consenso (dadas las condiciones desventajosas respecto al poder ejercido por el saber científico). En efecto, el saber médico-científico se ha ejercido de manera monopólica a lo largo de la historia republicana de Bolivia. En este contexto, un saber proveniente de una cultura distinta siempre era considerado como no existente, era descalificado y excluido. Podríamos afirmar que en tal escenario existía en este campo del saber-salud (hasta hace un par de años con mayor notoriedad), un país visible u oficial y otro al que el primero intentó invisibilizar sistemáticamente, ya sea por las vías más directas o por caminos solapados. De esta forma, puede confirmarse un ensanchamiento evidente de la brecha entre los saberes expertos y los considerados no expertos. En

este escenario, al ciudadano común no le quedaba más que aceptar un discurso que no le era propio, pues la división social del conocimiento opera en forma drástica y mecánica sobre bases definidas por relaciones que discriminan permanentemente a los saberes populares-tradicionales.

El saber médico-científico como poder

El saber médico materializado en la medicina científica es un poder que actúa sobre los cuerpos individuales y colectivos. Este tipo de poder es el que Foucault denominó como *bio poder*, entendido como aquel que "se lleva a cabo a través de organismos que coordinan y centralizan las curas médicas, hacen circular información, normalizan el saber (...) y trabajan por la medicalización de la población" (Foucault *op. cit.*: 252)¹. Y es que en una sociedad como la nuestra, las relaciones de poder transversalizan todo el cuerpo social, mediante la agrupación, movimiento y acción de los discursos. En este sentido, el discurso hegemónico de la *verdad científica* circula en cadena. No es algo que se divide entre los que lo detentan como propiedad exclusiva y los que no; el poder científico es siempre una doble vía que se fortalece mediante la perpetuación de sus saberes como verdades inmutables.

Casi siempre con mucha oposición, la medicina oficial permite que se discutan sus saberes, que se rompa su monopolio, que se multipliquen las lógicas. Sin embargo, los saberes populares-tradicionales no se detienen; irrumpen y se imponen por derecho. Y aunque, en un primer momento "la distancia entre los saberes aumenta y la confiabilidad en las instituciones modernas se debilita, crecen las formas de respuesta que privilegian la eficacia simbólica de los mitos y de los ritos (...) expresada a través de la fe, la creencia, el pensamiento mágico" (Reguillo 2002a). Comienza también a darse, casi para-

6 Las dos etnias cuantitativamente más importantes del país.

7 Para una comprensión más profunda del término véase Illardt y Negri 2002.

lamente, una suerte de infiltración de los saberes populares-tradicionales en el ámbito discursivo de los saberes expertos, que llega a manifestarse incluso, aunque de forma asimétrica, en el eslabón último y más público del sistema oficial de salud: los proveedores de servicios (médicos y enfermeras); que, paradójicamente, se debaten en la dualidad interior entre lo que por experiencia comunitaria han aprendido y lo que por estudios académicos saben. Se prefigura así un mundo de relaciones caracterizado esencialmente por un diálogo de saberes que, a su vez, se encuentra determinado por la utilización de idiomas diferentes, prácticas distintas, espacios con símbolos extraños y explicaciones científicas indecifrables para la gran mayoría de las personas.

El diálogo de saberes, un diálogo fronterizo

Comprender la coexistencia y la interrelación de los saberes vinculados a la salud en un país como Bolivia, desde el punto genealógico, es indudablemente una necesidad imperiosa. Esta genealogía, entendida como una suerte de articulación no premeditada entre un saber erudito y un saber sometido, se traduciría en la práctica en una especie de tentativa por liberar al saber sometido de los efectos de un poder ejercido desde los centros de salud; el poder de un discurso y una práctica supuestamente avalados por *la verdad*. Sin embargo, un análisis más profundo nos permitiría percibir un campo de relaciones que trasciende la dicotomía -o sea, ir más allá del mundo de la exclusión y del choque-; veríamos también un mundo de relaciones armonizantes o de simple *ignoración*. Este tipo de análisis nos ofrece la oportunidad de descubrir, en los distintos saberes, ciertos patrones o racionalidades básicas que nos informan acerca de un diálogo intercultural y fronterizo mediado por tres supuestos esenciales:

- que las otras culturas son distintas a "la nuestra",
- que en la cultura con la que nos identificamos también hay diferencias, y

- que una de las características de las sociedades posmodernas es la complejidad y la diversidad (Rodrigo Alsina 1999: 66).

Es que en los espacios simbólicos y concretos de la interculturalidad siempre intervienen dos o más aspectos, y, como ya se ha señalado, aunque las diferencias se mantengan, el diálogo y la negociación son posibles. Claro está que no existen sujetos ni saberes neutrales. La coexistencia de saberes genera un espacio caracterizado por la interacción comunicativa -encuentros y desencuentros-. En palabras de Rodrigo (*op. cit.*: 14): "La comunicación intercultural se sitúa en el delicado equilibrio entre lo universal y lo particular, entre lo común y lo diferente; de hecho, la comunicación intercultural nos impele a aprender a convivir con la paradoja de que todos somos iguales a la vez que todos somos distintos". Las *fronteras* surgen, incluso, allá donde no hay fronteras.

Hacia una ciudadanía multicultural en el campo de la salud

No cabe duda de que la ciudadanía encierra una dimensión política esencial; sin embargo, la praxis ha demostrado que esto no es suficiente para comprenderla en su integridad. La cuestión radica, entonces, en preguntarnos quién puede ejercerla y en qué condiciones. La diversidad cultural hace difícil la convivencia, es cierto, pero se hace aún más difícil cuando las relaciones entre las culturas son asimétricas; es decir, cuando una de ellas es dominante, produciéndose así sentimientos individuales y colectivos de injusticia y desinterés por las tareas comunitarias. Es imprescindible entender la ciudadanía como un vínculo entre los diversos grupos sociales y culturales capaz de admitir, ponderar o integrar las diferentes culturas en un constructo social equitativo. El respeto al otro, la alteridad, remite no sólo a un problema de justicia, sino también, y fundamentalmente, a una necesidad. En este sentido,

Cortina (1999) apunta: "el sueño de los universalistas homogeneizadores - **la eliminación** de toda diferencia- representa un supremo empobrecimiento para la sociedad que lo practica".

Las diferencias culturales se centran en los modos de concebir la vida, la muerte, la felicidad, la justicia, la organización social, etc. Estos modos surgen de distintas cosmovisiones y de la existencia de diferentes valores y normas que no sólo pertenecen al campo político o jurídico, sino también, y fundamentalmente, al campo de lo moral y de lo simbólico. Por tanto, la tarea ineludible para aquellos que transitan el camino de la comunicación/salud, será la de facilitar el surgimiento **de un auténtico** diálogo que permita construir una verdadera sensibilidad ante *lo diferente*; sensibilidad que sólo puede materializarse en el marco de una ciudadanía multicultural como proyecto ético y político. Se trata de dismantlar una tradición que sólo considera ciudadanos a los consumidores actuales y/o potenciales, y que obedecen apaciblemente a los designios de los nuevos poderes emergentes; de romper con la tradicional lógica que considera ciudadanos a quienes se ajustan a una serie de cualidades y características que, como nos lo recuerda Reguillo (2002b), han sido establecidas, históricamente, desde el propio Estado.

No cabe duda de que el espacio generado por la coexistencia de distintos y múltiples saberes en el campo de la salud en Bolivia ha delimitado un escenario fronterizo donde la concepción de Estado-nación se hace no sólo insuficiente para solucionar los problemas de las grandes mayorías, sino que además, resulta excesivamente grande como para solucionar los pequeños. La ciudadanía se ejerce desde donde se puede y como se puede; conquistarla implica la necesaria participación de los individuos en los espacios de decisión política. *Ciudadanía-cultura y salud-saberes* son dos campos de interacción que prefiguran modos de abordar las realidades plurales de las que se compone nuestro universo.

La estrategia de medicina tradicional y salud intercultural

Los antecedentes históricos abundan en ejemplos de discriminación y sometimiento en el campo de las prácticas y saberes relacionados con la salud; el costo social de esta situación ha sido enorme. En el Plan Estratégico Institucional del Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad 2006-2010 del Ministerio de Salud y Deportes se indica: "[E]l Qollasuyu de los Incas fue 'el país de los médicos y medicinas'. Hoy es el penúltimo de América en los indicadores de salud. Ese fue el costo de la ocupación colonial y también de la persecución sanitaria que sufrieron los médicos tradicionales". Esta afirmación de marcado tinte político, devela, sin embargo, una verdad lacerante; hemos perdido "toneladas" de conocimientos, prácticas y saberes en nombre de la ciencia y de la "verdadera medicina". Empero, no se trata aquí de proponer devolver mal por mal, tal como se señala en el citado Plan Estratégico, sino de recuperar "por equidad y por derecho (...) que se acepten otras formas de ver la salud para conservarlas como algo propio de cada (...) cultura, nacionalidad y etnia del común territorio que habitamos". Del mismo modo, el Plan Estratégico de Salud Indígena 2008-2010 de la Confederación Indígena de Pueblos del Oriente Boliviano (CIDOB) afirma que "Muchos de estos pueblos indígenas y originarios han sobrevivido y sobreviven las duras condiciones del exterminio, la explotación servil, el despojo de tierras, los desastres naturales y el abandono estatal. A pesar de ello, no pierden la esperanza de días mejores y están dispuestos a asimilar las mejoras posibles para una respetuosa y digna participación en el desenvolvimiento estatal, incluyendo los beneficios médicos de la tecnología moderna".

Es evidente que el escenario social y político ha cambiado en Bolivia en beneficio de una medicina intercultural. *El Plan del Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad* citado apunta a "hacer posible que la población acceda a un sis-

tema familiar y amigable de salud, que sea confiable, eficaz y seguro, con debido reconocimiento y autenticidad de la terapéutica y los productos de la medicina tradicional, sosteniendo una constante y enriquecedora interacción cultural". Pero para que eso ocurra, es imprescindible que los diferentes sistemas y concepciones de salud, puedan compartir capacidades para responder de mejor manera a las necesidades de atención de la población. Lamentablemente, el mismo documento reconoce que "los aspectos de la interculturalidad en salud son temas que no han podido ser introducidos ampliados y desarrollados, como corresponde, en la formación curricular de la enseñanza superior, como tampoco se han difundido plenamente los conceptos básicos de la atención primaria entre proveedores de salud", y que "no todo es claro en la medicina tradicional, en ella también encontramos problemas que llaman la atención y despiertan interés en hallar respuestas y/o soluciones que perfilen mejor la práctica de éstos conocimientos en nuestro medio".

Estamos, pues, ante una importante perspectiva: la de producir, incentivar y facilitar negociaciones culturales tendientes a lograr una verdadera interculturalidad, que sólo será posible en la medida en que se comprenda que toda interculturalidad es un proceso de comunicación en sí mismo, y que, para llevarlo adelante, es preciso desarrollar en cada uno de los actores institucionales involucrados en esta problemática y en la población en general, ciertas habilidades de comunicación intercultural.

La comunicación intercultural

Pensar y reconocer que las diferencias culturales, actúan dentro de nuestras propias sociedades y no sólo en las "otras", o entre la "otra" y la "mía"; que nos encontramos en una era en la que las identidades particulares se desarrollan con más fuerza, pero que también se complementan; comprender la "diferencia" como una realidad que configura nuestros escenarios de interacción social; que existen moti-

vaciones sociales, culturales, económicas y políticas muy concretas para no entender al otro, así como que también existen motivaciones de todo tipo para realizar esfuerzos, a veces enormes, de comprensión; garantizar la comunicación intercultural y en vivir la mezcla de culturas, entendiendo que en ella cada cultura siempre es susceptible de alteración, es en última instancia, el gran reto que nos depara el presente y el futuro.

Que a causa de las diferencias culturales, se crean o se perpetúan las desigualdades y la injusticia social es un hecho tan incuestionable como que la realidad es multicultural, plural y diversa. Este es un punto de partida que no se puede soslayar, intentar que esa realidad sea interculturalmente positiva (pues no toda relación intercultural es pacífica o positiva) pasa por el desarrollo de dispositivos comunicativos interculturales. Israel Garzón (1995) señala que la interculturalidad no es una cualidad innata; implica un proceso de aprendizaje, de autoconocimiento, autocrítica; de conocimiento, respeto y voluntad de conocer al "otro" que es percibido como diferente, pues toda interacción supone un fenómeno comunicacional, porque describe una relación entre personas de culturas diferentes.

Para Javier Medina (2000), la interculturalidad es la "interacción e intercomunicación de dos o más culturas en un plano fundamentalmente de aperturas, diálogo y respeto mutuo para construir la unidad en la diversidad". En realidad, es la interacción e intercomunicación de personas de dos o más culturas.

La bondad de la comunicación intercultural es que uno da recibiendo, que uno recibe dando; es el descubrimiento del semejante, del prójimo, del otro (yo mismo). Cada uno da al otro la hospitalidad esencial, en lo mejor de sí; cada uno reconoce al otro y recibe de él este mismo reconocimiento sin el cual es imposible la existencia humana. Es la comunicación entre aquellas personas que poseen unos referentes culturales tan distintos que se autoperciben como pertenecientes a culturas diferentes; en este sentido, en la comunicación intercultural siempre

hay la duda aceptable de que el sentido y el orden que se atribuyen a los acontecimientos pueden ser distintos para los distintos interlocutores, de ahí su complejidad. En el *Plan Estratégico del Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad* se dice: "La práctica intercultural es un diálogo horizontal entre diferentes culturas médicas, basado en el respeto y la aceptación de los derechos de todos a participar en salud (...) la igualdad y equidad de derechos y oportunidades con inclusión y sin exclusiones de ninguna clase, es una condición necesaria del modelo de atención y gestión de la salud, con enfoque intercultural", sin embargo, esta posibilidad requiere comprender lo que Alejandro Grimson (2000) apunta al señalar que la "comunicación intercultural es el contacto o interacción entre sujetos y comunidades de vida, en distintos grados de diferenciación y/o proximidad, en el que ponen en común, en armonía o en conflicto, sus propios sentidos y visiones de mundo". Así es, la comunicación intercultural no se produce de manera descontextualizada; muy por el contrario, implica asumir la existencia de posiciones de poder distintas entre los interlocutores; de reconocerlas e intentar reequilibrarlas en lo posible.

Pero para que ello ocurra, tal como ya se indicó, es necesario desarrollar competencias comunicativas interculturales, es decir, habilidades para negociar los significados culturales y para actuar

comunicativamente de una forma eficaz de acuerdo a las múltiples identidades de los participantes, competencias que sólo es posible desarrollar en la práctica intercultural misma. Algunas de estas competencias son: a) Conocimiento de la cultura del otro, b) repensar la propia cultura: Tomar conciencia de su propio etnocentrismo, c) eliminar los prejuicios y estereotipos negativos, d) ser capaz de empatizar para aumentar la comprensión de "el otro", e) evitar las presuposiciones y sobreentendidos, f) abandonar las generalizaciones, g) no sobredimensionar las diferencias culturales poniendo el acento en la diferencia y olvidar lo común (a medida que se profundizan las relaciones surgen las similitudes inherentes a los seres humanos), h) disminuir en lo posible las universalizaciones a partir de lo propio e i) crear condiciones para la equidad comunicativa.

Así, en un marco donde la salud se comienza a ejercer interculturalmente (como se pretende realizar en Bolivia), el único paradigma posible de comunicación que cabe es el de la comunicación intercultural. La interculturalidad abre caminos, no sólo a la posibilidad de lograr un diálogo entre diferentes culturas, sino que, en esa práctica, permite ir desarrollando determinadas competencias comunicativas, que en definitiva, se concretan en prácticas de desarrollo, donde ni el paternalismo ni el victimismo son actitudes adecuadas.

Bibliografía consultada

Alfaro, Rosa María

1999 "Repensar la política y la comunicación: trances y apremios para construir ciudadanía". En: *Construyendo ciudadanía, equidad y paz: Retos de la comunicación de cara al 2000*. Lima: WACC, Asociación Internacional para la Comunicación Cristiana-América Latina.

Barbalet, J. M.

1989 *A ciudadanía*. Lisboa: Estampa.

Cardozo R., Guillermo

1990 *Yatrogenia cultural*. Cochabamba, Bolivia: Ediciones Runa.

Cortina, Adela

1999 *Ciudadanos del mundo: Hacia una teoría de la ciudadanía*. Madrid: Alianza Editorial.

Díaz, Bordenave, Ariel Pérez y Daniel Prieto Castillo

1997 *Conclusiones del Primer Taller Internacional de Movilización Comunitaria para la Salud*. Cochabamba, Bolivia.

Durand, Gilbert

1993 "El símbolo y el mito", Cap. 1 de: *De la mitocrítica al mitoanálisis: Figuras míticas y aspectos de la obra*. Barcelona: Anthropos: 17-38.

Evans-Pritchard, E. E.

1997 *Los **nuez** Barcelona*: Anagrama.

Foucault, Michel

1994a *Genealogía del racismo*. Madrid: Ediciones La Piqueta.

1994b *Hermenéutica del sujeto*. **Madrid: Ediciones La Piqueta.**

García Canclini, Néstor

2000 % De qué lado estás? Metáforas de la frontera de México-Estados Unidos". En: A. Grimson (comp.), *Fronteras nacionales e identidades*. Buenos Aires: La Crujía.

Grimson, Alejandro

2000 "¿Fronteras políticas versus fronteras culturales?". En: A. Grimson (comp.), *Fronteras nacionales e identidades*. Buenos Aires: La Crujía.

Gruzinski, Serge

2000 *El pensamiento mestizo*. **Barcelona: Paidós.**

Hardt, Michael y Antonio Negri

2002 *Imperio*. Buenos Aires: Paidós.

Krohling Peruzzo, Cecilia M.

2001 "Comunicación comunitaria y educación para la ciudadanía", *Revista Signo y Pensamiento* N°38 (XX), Colombia, Universidad Javeriana: Departamento de Comunicación: 82-101.

Ministerio de Salud y Deportes (Bolivia)

s. f. *Plan Estratégico Medicina Tradicional y Salud Intercultural 2006-2010*. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes.

Reguillo, Rossana

2002a "Gestión del riesgo y saberes expertos". En: *Cuatro ensayos de comunicación y cultura para pensar en lo contemporáneo*. Serie: Conferencias Magistrales. León, México: Universidad Iberoamericana.

2002b *La comunicación en la reconstrucción de ciudadanías políticas y culturales*. Ponencia presentada al VI Congreso Latinoamericano de Investigadores de la Comunicación, Santa Cruz de la Sierra. Guadalajara, México.

Rodrigo Alsina, Miquel

1999 *La comunicación intercultural*. Barcelona: Anthropos.

Trigo, Abril

1991 "Fronteras de la epistemología: epistemologías de frontera", *Papeles de Montevideo* N° 1, junio.

EDUCACIÓN INTERCULTURAL EN SALUD

Luca Citarella Menardi

Desafíos para el mejoramiento de la eficacia de los programas de salud en áreas interétnicas'

Al abordar el tema de la educación intercultural en salud debemos recordar algunos elementos:

- Los países latinoamericanos viven una situación de diversidad cultural que condiciona profundamente los comportamientos y conductas **sanitarias**.
- Aunque se aplicaron los preceptos de la Declaración de Alma Ata, ninguno de los países latinoamericanos logró satisfacer el postulado de "Salud Para Todos en el 2000".
- Los pueblos indígenas presentan los peores estados de salud: los indicadores de morbilidad y mortalidad son significativamente más altos en zonas rurales y/o periurbanas, donde hay mayor incidencia de población indígena.

Los pueblos **indígenas, nativos u originarios** de América Latina demandan su derecho a la diferencia cultural. La valoración de dichas culturas **nativas**

debe ser una realidad cuando se trabaja en educación en salud, de modo que el esfuerzo educativo no debe coincidir con el afán de homogeneización. Las culturas que pretendemos "educar", deben valorarse con todos los recursos disponibles para desarrollar estrategias educativas.

Los programas educativos siguen mostrando muchos fracasos cuando se implementan en los territorios rurales e indígenas. Por tanto, es preciso desarrollar materiales educativos más eficaces y más acordes con la realidad cultural de las personas. La falta de éxito de estos programas en Bolivia, y en otros países de América Latina, se manifiesta a través de distintos aspectos:

- **Descontextualización:** en líneas generales no se realizan esfuerzos suficientes para adecuar contenidos educativos en contextos indígenas y culturalmente diferenciados de la cultura urbana y occidental.
- **Lengua:** no hay suficiente sensibilidad y voluntad para integrar las lenguas indígenas en las propuestas de educación para la salud.

¹ Chiodi, Francesco (comp.), 1990: *La educación indígena en América Latina (México, Guatemala, Ecuador, Perú y Bolivia)*. Quito: Abya-Yala: 496-487.

- Contenidos: existe disonancia cognitiva porque los emisores y los receptores del mensaje no usan el mismo horizonte o matriz cultural y cognoscitiva a la hora de comunicarse.
- Los educadores se centran en la memorización de contenidos sanitarios más que en la transformación de las conductas.
- Desconocimiento de las formas de enseñanza-aprendizaje locales e indígenas: mensajes orales, textos, imágenes y símbolos.
- Falta de continuidad provocada por el desinterés oficial hacia los proyectos y la ausencia de una política global coherente, aspectos que inciden en el fracaso de muchos proyectos educativos.
- Poca o ninguna evaluación de los programas, "la educación en salud se justifica por sí misma".
- actitud etnocéntrica de los planificadores educativos y a veces de los mismos educadores, que piensan que ellos tienen la verdad y el resto está sumido en la ignorancia,
- imágenes y textos inadecuados para los educandos, particularmente los relativos a la salud sexual y reproductiva, en los que se muestra a mujeres y hombres completamente desnudos o con los genitales monstruosamente agrandados.

Existen otras circunstancias en el seno de los programas educativos que han dificultado profundamente su eficacia. Se trata de hechos que están relacionados con la técnica pedagógica y con los planteamientos conceptuales de los mensajes educativos en salud. Podemos mencionar, por ejemplo:

- la verticalidad de los programas educativos: "hay que pensar por quien no piensa y enseñar a quien no sabe",
- la traducción de los programas oficiales sin adaptación a la lengua nativa,
- la falta de consideración hacia la tecnología y el imaginario local,
- ausencia de una pedagogía y didáctica de la educación sanitaria.

Otras limitaciones y dificultades que existen en el tema de la educación en salud intercultural son las siguientes:

- se limita el uso de la lengua a aspectos folklóricos y/o irrelevantes,
- poca innovación en los contenidos de educación sanitaria con enfoque intercultural,
- escasa adaptación de los mensajes al contexto intelectual de los grupos culturales,

Lo cierto es que las estrategias educativas en salud (tal como ocurre con las modalidades asistenciales) carecen de un enfoque de adecuación cultural: en muchas ocasiones contienen textos o imágenes inadecuados para la población local. Un ejemplo es el programa de control de las enfermedades diarreicas. Para implementar el programa se ha creado una serie de neologismos como: EDA, deshidratación aguda, hipobolemia, osmolaridades, electrolitos y otros, que las madres no comprenden y son intraducibles en la lengua indígena.

Un primer principio de educación intercultural en salud está asociado a la adecuación de los mensajes y contenidos educativos a la realidad sociocultural del beneficiario. Ello supone buscar la articulación de los "cambios de conducta" deseados con los conocimientos y valores éticos locales, y el uso de recursos didácticos no formales: juego, dibujo, dramatización. Otro elemento fundamental es que una propuesta de educación intercultural en salud necesariamente deberá poner énfasis, más que en el aprendizaje de conocimientos, en la adquisición de habilidades, actitudes y conductas. En este sentido, no importa tanto si una madre aprende los tecnicismos médicos, pero sí es importante que aprenda a mantener hidratado a su niño o niña con diarrea y referirlo a donde puedan prestarle atención médica caso de que tenga diarrea aguda.

El aprendizaje activo se consigue integrando la educación formal (la que está regulada, jerarquizada por una autoridad pública, a la cual se otorga carácter oficial) con la no formal. En el caso del medio

indígena buena parte de la población adquiere conocimientos a través del contacto con el medio ambiente y el trabajo. Tanto los niños como los adultos aprenden haciendo. Esta realidad no es asumida por las estrategias educativas, que, por el contrario, privilegian los momentos formales de aprendizaje y los medios escritos.

Los materiales didácticos adolecen asimismo de notorias carencias en lo que se refiere a ilustraciones e imágenes. Es importante mejorar la calidad media de las imágenes que se emplean en los textos pedagógicos. Las ilustraciones tienen que reproducir los entornos físicos de la población originaria quechua, aymara o de otros grupos étnicos del país: la ilustración es un elemento fundamental del mensaje educativo y es, además, el hilo conductor de su desarrollo. Adicionalmente, es necesario considerar que las culturas indígenas son de tradición esencialmente oral, de modo que es preciso usar la lengua indígena, asumiendo la conveniencia de crear un lenguaje pedagógico en ella. Por último, tampoco convendría pasar por alto el hecho de que estas lenguas originarias no siempre disponen de los recursos lingüísticos y lexicográficos para asumir el vocabulario de un mensaje de educación para la salud. El manejo de la oralidad y la escritura supone modificar una pauta cultural, un cambio de la forma de producción y transmisión de los conocimientos. Consiguientemente, el empleo de la lengua nativa también debe plasmarse en esta realidad. Así, con el uso de las imágenes y la oralidad se puede lograr una aproximación al modelo integrador y globalizador de las sociedades indígenas.

Entonces, las *técnicas pedagógicas* deben centrarse en la creación de nuevos hábitos y conductas, más que esforzarse en transmitir conocimientos y nociones. De esta manera, el proceso educativo debe centrarse más en el aprendizaje que en la enseñanza. Es aconsejable ofrecer preferentemente conocimientos útiles para el quehacer diario, reduciendo al mínimo el manejo de nociones abstractas. Debe emplearse, además, un enfoque basado en la

observación del ambiente, la reflexión y la organización de los datos de la experiencia. En este orden es importante mencionar la experiencia desarrollada por la ONG italiana COOPI, que ha elaborado materiales educativos (rotafolios) que destacan los signos de peligro prescritos tanto por la cultura biomédica como por la cultura local, y que las mujeres gestantes y las familias deben identificar oportunamente durante el embarazo, el parto y el puerperio. Estos materiales, que podemos considerar como adecuados al contexto geográfico, cultural, lingüístico y esencialmente ágrafo de las comunidades de Tinguipaya del departamento de Potosí, apuntan a la creación de nuevos hábitos y conductas sin negar la identidad cultural de los grupos indígenas.

Caracterización de un programa en educación intercultural en salud

Las experiencias de promoción y educación para la salud deberían transformarse en un momento de encuentro intercultural, en un momento de encuentro entre la cultura del grupo al que se pretende beneficiar con determinadas acciones de salud y la cultura occidental, que puede dar una contribución importante, insertando en el interior de los territorios de las comunidades una serie de contenidos de la cultura científica occidental que deben articularse con la realidad local.

Respecto a este punto existe acuerdo en tres conceptos esenciales, tanto en lo operativo como en lo instrumental:

- i. Cualquier tipo de acción de educación en salud debe partir de una primera tarea de conocimiento y aproximación hacia los saberes y prácticas locales sobre el tema que se quiere abordar.
11. Cuando se inicia el trabajo hay que identificar las *disonancias cognitivas*, los puntos de choque o de divergencia entre la forma de conceptualizar de los equipos de salud y la del grupo cultural con el cual se va a traba-

jar. Identificar estas *disonancias cognitivas* representa un primer elemento que puede contribuir a la articulación entre el equipo de salud y el grupo de referencia con el cual se pretende trabajar.

- iii. Hay que identificar estrategias para resolver las posibles disonancias que van a surgir entre la perspectiva biomédica y la perspectiva tradicional, de modo que se ofrezca a la población una *apropiación creativa* del instrumental científico tecnológico. *Apropiación creativa* supone renunciar al aprendizaje mecánico de conceptos, sustituyéndolo por la reflexión propia y la innovación sobre los propios conocimientos.

Uno de los puntos fundamentales es desarrollar procesos participativos y negociados con las comunidades locales, y el otro es que los mensajes con contenidos educativos sobre este tema han de ser ambientados o contextualizados a la realidad socio-cultural vigente. Se trata de un elemento necesario, y aunque no suficiente, resulta sin duda esencial para llevar adelante procesos de tipo intercultural.

Por otro lado, si se trabaja la interculturalidad no se puede promover un proceso de homogeneización cultural, sino más bien, se debe intentar promover un proceso de mantenimiento de la pluralidad de perspectivas. El objetivo no es eliminar la identidad de la población o del grupo cultural con el que se está interactuando, sino introducir una serie de nuevas tecnologías o nuevos elementos de "cultura sanitaria", en un contexto en el cual se sigue manteniendo la identidad médica local y, consiguientemente, la pluralidad cultural.

Otro punto importante cuando se habla de interculturalidad y salud es enfatizar el desarrollo de la conducta y no sólo la entrega de conocimientos; por consiguiente, es preciso trabajar más en contacto con la población, con su cotidianidad, con el entorno de la persona. No basta con poner énfasis en el conocimiento, sino también en el desarrollo de la conducta.

La mayoría de los programas educativos, incluso los más innovadores, son en última instancia de carácter formal, pues descansan fundamentalmente en materiales convencionales como textos, enunciados lingüísticos, cartillas, etc. En cambio, el uso didáctico de recursos no formales (como el juego, el dibujo, la dramatización, el juego de roles) es extraordinariamente útil, especialmente en el caso de culturas como la andina.

El medio indígena, el entorno inmediato del niño y del adulto, sus intereses, sus preocupaciones, los objetos materiales y su comunidad de pertenencia, así como los actos de su vida cotidiana, deberían transformarse en el telón de fondo que el proceso educativo pueda asumir y utilizar para los objetivos pedagógicos vinculados con la práctica social de las comunidades.

Los valores y contenidos de la ciencia deben reforzar y ampliar los conocimientos étnicos, mientras que al mismo tiempo la educación debe propiciar un proceso de apropiación crítica de saberes, de formación de hábitos y de desarrollo integral de la personalidad, más que limitarse a transmitir informaciones y nociones.

Elementos principales de la metodología educativa

Es imprescindible que la comunidad participe en el proceso de detección y análisis del problema: el grupo debe contribuir también a la identificación y descripción de los recursos locales que pueden servir a abordar un problema sanitario. En este sentido, los recursos de herbolaria medicinal de la comunidad son elementos de suma importancia para la resolución de problemas sanitarios vinculados a la atención materna (mates cálidos en el momento del parto), las diarreas infantiles (agua de arroz, pepa de palto), las infecciones respiratorias (mate de wira wira): introducimos nuevos conceptos sanitarios, pero al mismo tiempo valorizamos sus recursos locales.

11. Una vez identificado el problema, es preciso conocer los recursos que existen en la comunidad para abordarlo. Ello es importante como un proceso metodológico pero también es relevante para la sostenibilidad.
- iii. El tercer paso es la implicación de la comunidad en el proceso de apropiación de los contenidos externos. Los beneficiarios de un proceso educativo deben participar de modo que no se perciba imposición, sino que la actuación sea la base de un proceso de reflexión y de información adecuada, dado por el equipo de salud y cuyo contenido debe ser asumido por la población.
- iv. Es evidente que cualquier modalidad didáctica debe ser adaptada a la forma de transmisión y producción del conocimiento propia de la comunidad. Las comunidades tienen cultura, pero estos conocimientos no se encuentran en un libro ni en las secciones académicas, sino entre la gente. Por ello hay que respetar un principio fundamental: las culturas tienen distintas formas o modalidades de aprendizaje y transmisión de conocimientos.

Las propuestas educativas deberían tener una estructura abierta, de modo que el participante no quede atrapado en el texto, en la cartilla o en los aspectos específicos de la patología que se pretende abordar, sino que se oriente hacia fuera, hacia la comunidad, hacia la exploración de su ambiente, de su entorno, de sus recursos. El texto didáctico **es el material que** se pretende abordar y no debería ser más que un punto de partida, **un estímulo** y una orientación por medio de la cual se posibilita la intervención del facilitador o educador en el grupo de referencia. En este sentido, el texto educativo es un instrumento para *ingresar en las dinámicas comunitarias* y conocer los puntos de vista de las personas.

Por ejemplo, en el caso de las diarreas, el personal de salud debería emprender campañas educativas desde la perspectiva biomédica: hablar de las

probables patologías o agentes que causan la diarrea, sus efectos en el organismo (particularmente la deshidratación) y sus probables desenlaces fatídicos si no se la trata oportunamente. Pero el personal de salud también podría utilizar estos espacios educativos para conocer el punto de vista de las madres: ¿cómo conciben ellas la diarrea?, ¿qué signos y síntomas de alerta reconocen?, ¿a qué causas la atribuyen?, ¿cuál es el tratamiento que aplican?, ¿qué severidad le atribuyen?, ¿cuáles son las prácticas preventivas que desarrollan?

De esta manera, en vez de tener un agente externo que habla, que enseña, que instruye (el médico, la enfermera o el auxiliar), se establecería un diálogo cultural entre el personal de salud y las madres, entre el personal de salud y la comunidad, en el que la comunidad y las madres también participan, enriqueciendo así la perspectiva y los conocimientos de médicos y enfermeras.

Por otra parte, la contextualización y ambientación de los procesos educativos incluye todo lo que guarda relación con el medio indígena, con el entorno inmediato del niño y adulto, con sus intereses y preocupaciones. Todo esto se convierte **en el telón de fondo** que debe presidir el proceso didáctico y una perspectiva desde la cual es imprescindible superar el enfoque sectorial específico sobre la patología, tratando de enmarcar cualquier tipo de intervención dentro del contexto global del territorio donde se interactúa.

En el ámbito de las culturas indígenas hay elementos que pueden tener una fuerte influencia tanto en la manifestación como en la curación de la enfermedad. En consecuencia, se puede partir de una patología, pero no desde una perspectiva médica exclusivamente, sino también desde la perspectiva del entorno global en el que se mueven los individuos y la comunidad. De esta manera, podremos ver que en el origen y en la curación de la enfermedad no sólo intervienen aspectos físicos o naturales -como establece el principio hipocrático-, sino también aspectos de orden social y mágico-religioso. Si bien la

diarrea es provocada por agentes físicos y naturales, y se le pueden atribuir causas de naturaleza mágico-religiosa, tal como ocurre en las sociedades indígenas, estos agentes sólo pueden desarrollarse en condiciones sociales de pobreza y extrema miseria. Entonces, resulta imposible resolver el problema de la diarrea si no se toma en cuenta todos los elementos que concurren en su manifestación.

El empleo de la lengua

En la perspectiva intercultural, el uso de la lengua indígena es absolutamente inevitable. Cuando se plantean propuestas de educación intercultural en salud, un elemento fundamental es el uso de la lengua nativa, tanto en su forma oral como en su forma escrita, existiendo una diferencia muy profunda entre ambas modalidades. Hay que tomar en cuenta que el desarrollo de la propuesta didáctica a través del lenguaje oral propicia una proximidad inmediata con la población. Ello no ocurre necesariamente cuando se pasa de la lengua indígena oral a la escrita.

Sin embargo, el uso de la lengua indígena es condición necesaria pero no suficiente para el desarrollo de un enfoque intercultural: es imprescindible que los contenidos educativos se articulen con las dimensiones culturales del grupo. En este sentido, la lengua nativa también puede vehicular contenidos educativos que no tengan ninguna referencia con el mundo cultural de los grupos originarios, porque pueden no haber sido modificados o traducidos a partir de un enfoque intercultural. De hecho, existen muchos ejemplos de textos que han sido simplemente traducidos de un idioma a otro, sin realizar ningún intento de acercamiento cognoscitivo a las culturas originarias.

Además, es preciso considerar otro aspecto: en términos generales, como ya lo dijimos, las lenguas indígenas no siempre están equipadas para incorporar los contenidos educativos de los mensajes sanitarios. Desde hace siglos, las lenguas indígenas han sido confinadas al ámbito comunitario, al ámbito familiar y local: no han desarrollado recursos

lingüísticos para significar otros ámbitos de conocimiento, y tampoco han elaborado un "metalinguaje educativo".

Este problema ha incidido decisivamente en el ámbito de los programas de educación intercultural bilingüe, dedicados durante años a la creación de lenguajes pedagógicos para el manejo de la didáctica en lenguas indígenas como el quechua, el aymara y otras.

En la práctica, ni en quechua ni en aymara existe la posibilidad de encontrar términos precisos para expresar conceptos como "agudo", "crónico", "deshidratación" o "rehidratación", de modo que hay que utilizar una serie de giros o metáforas al efecto, lo que complica en vez de allanar la solución del problema. Sin embargo, en la misma lengua indígena se pueden encontrar veinticinco palabras distintas para designar las variedades de la papa, que es un elemento de primer interés en estas culturas. Lo que pasa es que los idiomas nativos, habiendo sido oprimidos durante siglos, no han podido desarrollar procesos de innovación como cualquier lengua.

Por tanto, cuando se habla de un programa de educación intercultural que introduce la lengua, hay que pensar en el desafío que supone la creación de un nuevo vocabulario y de un nuevo lenguaje pedagógico en idiomas nativos u originarios.

Los recursos didácticos

Hay que incidir en el aprendizaje no formal, ya que el texto didáctico no puede acotar todo el proceso de enseñanza. Actividades didácticas como el juego, el dibujo, la comunicación, la observación o la argumentación en algunos casos se muestran como propuestas mucho más eficaces desde el punto de vista educativo, entre otras cosas porque no limitan la capacidad de participación de las personas en el proceso.

Los juegos

Se trata de una herramienta didáctica y de aprendizaje extraordinaria, sobre todo en los programas

infantiles, donde es posible crear situaciones lúdicas entre niños o entre madres y niños, que pueden ser considerablemente más eficaces que la didáctica convencional. En general, los juegos favorecen la libre expresión del niño, de la madre y del adulto, mucho más que un texto formal o cuanto pueden hacer las clases, las charlas y otras herramientas formales. El juego es también una herramienta muy interesante para realizar una investigación, a menudo, más importante que una encuesta o una entrevista. En el momento en que se quiere profundizar en determinados aspectos, siempre que se logre cierto grado de creatividad, el juego puede convertirse en un recurso privilegiado para ir recolectando diferentes situaciones y vivencias.

El dibujo

El dibujo es también un elemento característico de las culturas andinas y de la cultura indígena en general. La imagen ha estado históricamente presente en todas las culturas indígenas y en particular en la andina. De ahí la importancia del uso de este instrumento, de los materiales gráficos y de la calidad y adecuación de las ilustraciones en un texto o cartilla educativa.

A la hora de elaborar material didáctico ilustrado conviene tomar en cuenta algunas ideas:

- los personajes deben ser parte de la tradición cultural local,
- los paisajes deben adaptarse al medio geográfico,
- los rostros deben ser expresivos,
- es preferible la vitalidad del mensaje al estilo y la creación de estereotipos,
- las ilustraciones deben permitir una fácil percepción de los elementos componentes,
- las imágenes deben estimular la mente de los observadores,
- hay que crear situaciones humorísticas o líricas, de acuerdo a las exigencias del texto,
- el uso de la dramatización puede facilitar la comprensión de un determinado mensaje.

La dramatización

La representación de problemas de salud a través de esta herramienta es particularmente eficaz si se quiere llegar a una comunicación efectiva con la población. También es muy eficaz la creación de un drama narrativo en torno a la historia de un niño o familia que se puede asumir como referente para ir desarrollando todos los contenidos educativos. En este contexto, el sujeto ya no es "la enfermedad" sino el sujeto que se enferma y que tiene nombre y apellidos.

Este tipo de metodología ha sido muy utilizada en los programas de educación intercultural bilingüe, cambiando el enfoque tradicional en las escuelas primarias. Se emprendió una serie de ensayos en los que desaparecieron las asignaturas y se construyeron dramas, se abordaron distintos temas vinculados con las ciencias naturales, la historia y otros, constituyendo, en algunos casos, recursos más eficaces que los textos. Se trata de recurrir a medios audiovisuales, utilizando el lenguaje oral, propio de la tradición cultural indígena.

El valor de las culturas indígenas

La elaboración de materiales educativos interculturales tiene que inspirarse siempre en la forma de aprendizaje de la comunidad indígena. Por tanto, es preciso investigar para entender cuáles son estas formas de transmisión de conocimientos y de aprendizaje. Existen formas de enseñanza-aprendizaje en la comunidad indígena que deben ser respetadas, conocidas y empleadas, las mismas que deben fomentarse para que los mensajes educativos tengan éxito.

En segundo lugar, hay que fomentar y promover la apropiación de contenidos culturales externos por parte de las culturas nativas. Éstos representan oportunidades de desarrollo y mejoramiento de la calidad de vida. Es preciso fomentar la articulación creativa de ambas culturas, entre contenidos culturales propios y contenidos culturales externos, en el marco de un proceso que permita el diálogo y desarrollo de estrategias complementarias.

Síntesis: algunos conceptos básicos

Principios básicos de educación intercultural en salud

- respeto y tolerancia,
- utilizar el idioma nativo,
- revalorización de hábitos y costumbres,
- complementariedad de conocimientos y prácticas,
- planteamiento de propuestas sobre la base de la investigación y de acuerdo a las necesidades de la comunidad.

Elementos característicos de un proceso de educación intercultural en salud

- coordinación con las autoridades locales,
- proceso de enseñanza-aprendizaje horizontal,
- metodología activo-participativa,

- materiales elaborados y validados por la comunidad,
- el facilitador debe adaptarse a los ritmos de la comunidad.

Significado del aprendizaje activo en la contribución al desarrollo de la educación intercultural en salud

- aprender haciendo,
- proceso de reflexión acerca de experiencias y testimonios de vida,
- contribuir al fortalecimiento de ambas culturas para beneficio mutuo.

Significado del aprendizaje no formal y cómo puede contribuir a la interculturalidad

- Aprender fuera de los estereotipos y reglamentos (escuela, aula) resulta más adecuado para la forma de aprendizaje de los adultos.

MÓDULO
ALIMENTACIÓN E INTERCULTURALIDAD

LA ALIMENTACIÓN Y LA NUTRICIÓN

EN CONTEXTOS INTERCULTURALES

Luis Alberto Vargas y Leticia E. Casillas

Hacia **una visión más amplia de la alimentación**

La alimentación adecuada es uno de los elementos fundamentales para el logro de la buena salud. Lo que come y bebe cada persona depende de dos componentes:

- Los alimentos accesibles, es decir aquellos productos que ofrece la naturaleza y que la humanidad designa como alimentos y además es capaz de obtener, transformar y consumir gracias a su tecnología, en el marco de un sistema ideológico.
- Los alimentos preferidos, en cambio, son aquellos que cada persona o grupo humano selecciona en un momento determinado, tomando en cuenta, entre otras cosas, lo que considera comestible, lo adecuado para la hora del día y la temporada del año, su estado fisiológico y de salud, las circunstancias concretas en las que come, la imagen que tiene de su cuerpo, el prestigio derivado del consumo de ciertos productos, etc.

Comer y beber es parte del proceso biocultural alimentación-nutrición, que comprende los siguientes aspectos:

- La *alimentación*, que abarca la obtención de los alimentos tanto silvestres como cultivados o domesticados; la aplicación de procesos para transportar, conservar o distribuir los alimentos; su preparación en forma de platos y bebidas en la cocina; y, finalmente, su consumo, casi siempre en un contexto material y social bien estructurado.
- La *digestión* es el proceso por el que los alimentos que pasan por el tubo digestivo son transformados en nutrientes absorbibles y susceptibles de ser distribuidos por el aparato circulatorio hasta cada una de las células del organismo.
- La *nutrición* que realiza cada una de las células del organismo para incorporar y transformar los nutrimentos que absorbe en las moléculas necesarias para el funcionamiento global del cuerpo, entre ellas la propia autopoiesis de las células y sus productos.
- El *estado de nutrición* es la condición dinámica del organismo que resulta de la ingestión,

digestión, utilización y almacenamiento de los nutrientes. Cada una de las células de nuestro cuerpo incorpora nutrimentos y lleva a cabo sus funciones de manera constante, por lo cual se encuentran en continuo proceso de cambio.

Los profesionales de la salud suelen conocer los aspectos biológicos y bioquímicos de la nutrición, pero no manejan sus aspectos ideológicos y culturales. Aquí presentaremos una visión antropológica del proceso biocultural alimentación-nutrición, en contextos interculturales, a fin de ofrecer elementos para llevar a cabo acciones en salud pública y el manejo institucional de los alimentos, y que sea aceptable desde el punto de vista de diferentes culturas.

En Latinoamérica conviven problemas nutricionales sobre cuya etiología influyen de manera evidente aspectos sociales y culturales, como es el caso de la desnutrición primaria, por falta de comida, o la obesidad, por su consumo excesivo. Al mismo tiempo, las enfermedades causadas por una nutrición inadecuada son cada vez más comunes, como es el caso de la diabetes mellitus y las consecuencias de la aterosclerosis: embolias, infartos, derrames, etc.

La prevención y el tratamiento de las enfermedades asociadas con problemas nutricionales requieren de un cambio en la conducta de las personas para lograr la modificación de su dieta. Este propósito se enuncia con facilidad, y los profesionales de la salud consideran lógico que, por ejemplo, un diabético deje de consumir determinados productos y los sustituya por otros. Lo que no se considera es cuán profundamente arraigados están nuestros hábitos alimentarios, determinados no solamente por los alimentos accesibles, sino por la situación económica individual y nacional, así como por las preferencias gastronómicas culturales adquiridas a lo largo de toda una vida, además de las preferencias y aversiones individuales, etc.

Conocer las maneras en que elegimos nuestra alimentación y la manera en que estructuramos el proceso biocultural alimentación-nutrición, así

como las maneras prácticas y concretas de evaluar una dieta y modificarla, son elementos básicos para lograr la salud en contextos interculturales.

¿Por qué comemos lo que comemos?

Lo que cada uno de nosotros come es resultado de dos situaciones complementarias: aquello que se encuentra accesible como alimento y, de ello, qué es lo que preferimos.

La naturaleza es rica en productos que utilizamos como *alimento*, entendido como el agua, los minerales y los tejidos, órganos o secreciones vegetales o animales que contienen cantidades apreciables de nutrimentos biodisponibles, cuyo consumo en las cantidades habituales es inocuo, de suficiente disponibilidad, agradable a los sentidos y seleccionado para su consumo por alguna sociedad. En un paseo por el campo, casi todos nosotros somos capaces de identificar productos que podrían incorporarse a nuestra dieta, junto con otros que nunca comeríamos. Es decir, cada sociedad selecciona, a partir de la gran variedad de dichos productos, aquellos que califica como alimentos adecuados.

Los *alimentos accesibles*, es decir aquellos que se encuentran disponibles en nuestro entorno, dependen de una serie de circunstancias. Las primeras son las naturales, que se relacionan con la ubicación geográfica, por ejemplo, la latitud, la altitud sobre el nivel del mar, el ecosistema propio del lugar, la estación del año, etc. A éstas se añaden las que son resultado de la actividad humana, como la selección de los productos vegetales respecto a su estado de madurez o aspecto (por ejemplo granos de maíz tiernos o maduros); los procesos agropecuarios; la eliminación de plantas y animales que no se consideran alimento (por ejemplo, la eliminación de las hierbas estimadas indeseables, pero que para otros son los sabrosos *quelites* o hierbas comestibles de los mexicanos); las técnicas de recolección, caza o pesca que permiten tener acceso a unas especies sobre otras (por ejemplo, algunos pueblos de la costa

pueden obtener peces de aguas profundas por contar con las embarcaciones y la tecnología necesarias); la selección de alimentos por razones económicas (por ejemplo, preferir los cultivos que permitan obtener el mayor beneficio económico, como sucede con el tabaco o la marihuana), etc.

Supongamos ahora que estamos en un restaurante con una carta extensa y variada y que incluye todo aquello que la humanidad ha comido a lo largo de su historia. De entre los innumerables platos y bebidas que ofrece el local imaginario -o sea, el universo de los alimentos accesibles-, elegiremos únicamente los que consideremos mejores. Tales alimentos y bebidas son los *preferidos*, entendidos como aquellos que escogemos en un momento y un lugar específicos. Este proceso de selección es eminentemente cultural, pero está enmarcado en el mundo de las emociones individuales (las experiencias, recuerdos, sentimientos, gustos y otras características de cada persona). Para escoger debemos responder primero a una pregunta general y luego a otras individuales: ¿lo que está frente a mí es comestible para los humanos?, ¿es comestible para mí?, ¿puedo comerlo ahora?

Las respuestas, que determinan la elección de los alimentos y bebidas preferidos, dependen de diversas circunstancias. Es bien sabido que ciertos productos no son consumidos por los humanos debido a su aspecto, sabor, toxicidad o simplemente por no tratarse de alimentos en el sentido que han sido definidos arriba. Otros son considerados alimento por una sociedad, o por un sector de la misma, pero para otras sociedades o personas son incomedibles, como ocurre, por ejemplo, con los insectos o algunas vísceras de animales. Además, consideramos que es inadecuado consumir ciertos alimentos en momentos determinados; mencionamos, por ejemplo, la prohibición entre los católicos de comer carne durante la vigilia, particularmente la del Viernes Santo. Otras limitaciones derivan de la costumbre. Así, es poco probable que un mexicano pida en un restaurante huevos fritos o chilaquiles durante la comida

del mediodía, ya que dichos platos se consideran más adecuados para otros horarios. Algo semejante ocurre con comidas y bebidas que son propios de determinadas festividades u ocasiones, como por ejemplo la rosca de Reyes, las tortas de camarón con romeritos y mole, etc.

Otro factor determinante de las preferencias alimentarias es la edad, lo que explica la existencia de alimentos destinados casi exclusivamente a los niños, a los adultos o a los ancianos. Además, algunas culturas distinguen entre alimentos apropiados para hombres y los que son apropiados para las mujeres. Por ejemplo, se considera que ciertas vísceras de determinados animales de caza contienen demasiada fuerza como para ser ingeridos por las mujeres. Adicionalmente, mencionamos ciertas restricciones fijadas para el sexo femenino según su estado fisiológico (la menstruación, el embarazo o la lactancia).

Otras restricciones para comer y beber vienen impuestas por circunstancias personales: gustos, enfermedades o creencias. Cuando una persona tiene problemas con su tránsito intestinal tiende a limitar su dieta, escogiendo alimentos a los que se atribuye un valor terapéutico. La constitución corporal expresada al calificar a las personas como flacas, lletitas, gordas, etc., influye también en la selección, preferencia o rechazo de ciertas comidas y bebidas.

Lo frío y lo caliente en México: un ejemplo

En México persiste una creencia con profundas raíces mesoamericanas que influye de manera indiscutible sobre el consumo de alimentos y bebidas: nos referimos al llamado *sistema frío y caliente*. Dicho sistema tiene su origen en la concepción mesoamericana de nuestra Tierra como un plano rectangular en cuya superficie viven los humanos. Por encima del mismo se encuentran los trece cielos, y por debajo los nueve inframundos. Los cielos son de naturaleza masculina, seca y "de arriba"; están representados por el Sol. Su opuesto, la Tierra y los inframundos pertenecen al

mundo "de abajo", de carácter femenino y húmedo. Los humanos están sometidos a estos dos principios opuestos, y sus propios cuerpos reflejan esta oposición: ciertas partes (pies, manos, nariz, orejas) se enfrían con facilidad, mientras que otras (axilas, ingles, vientre) se mantienen siempre calientes.

Un criterio básico para clasificar los alimentos es el lugar donde crecen, ya que en México distinguimos entre tierras frías, templadas y calientes, que a su vez transmiten sus propiedades a lo que crece o se da en ellas. Otro factor relevante es su relación con el suelo: lo subterráneo y lo que se encuentra dentro del agua son de naturaleza fría, mientras que lo que crece en la superficie de la tierra tiende a ser caliente. Un tercer elemento es el contenido de agua del alimento, que es directamente proporcional a su cualidad de frío. También se toma en cuenta la exposición de un alimento a los rayos calientes del Sol. El efecto del Sol sobre lo vivo es determinante: aquello que "quema" se estima caliente. Algunas veces preguntamos a un campesino si la nieve era lo más frío y, riendo por lo absurdo de la pregunta, respondió que la nieve es caliente, pues seguramente habríamos notado que cuando cae una helada, las plantas se queman.

La forma de cocción puede alterar la naturaleza de algunos alimentos. Por ejemplo, al hervir un alimento se aumenta su contenido de agua y, por tanto se aumenta también su carácter frío, mientras que el tostado reduce su contenido de agua, aumentando el calor. Mezclar alimentos con chile los hace más calientes. Por esta razón, la preparación de alimentos y bebidas, y la forma de combinarlos en la mesa, es una acción sumamente trascendente para algunas sociedades.

De lo dicho se desprende claramente que uno de los criterios fundamentales para la elección de la dieta es el equilibrio entre elementos fríos y calientes, sobre todo en relación con las condiciones fisiológicas o patológicas del cuerpo. De ahí que existan tantas restricciones para las mujeres según se encuentren en periodo de menstruación, de ges-

tación de puerperio o de lactancia. Por ejemplo, se considera que durante el embarazo el feto es fuente de calor que se pierde después del parto, creando una situación de alto riesgo ya que el eventual enfriamiento de la madre o de su útero podría causar esterilidad y daño al feto. Esta situación implica un cambio en la dieta que no siempre es bien comprendido por quienes desconocen los rudimentos de este sistema tan arraigado entre los indígenas.

El enojo o la excitación sexual, por ejemplo, son condiciones calientes, en tanto que el temor se asocia con el frío, pero todas estas emociones determinan el tipo de alimentos que deben consumirse. Así, es frecuente escuchar que quien ha experimentado una situación de "coraje" o ira debe evitar comer aguacates o chirimoyas.

Sea como fuere, en ningún caso podemos perder de vista que la decisión sobre lo que se come depende de la escasez o abundancia de lo que ofrece la Naturaleza (o lo que se puede obtener de ella gracias a la tecnología y al trabajo) y lo que se prefiere (basado en los gustos y circunstancias personales, así como en la cultura).

De acuerdo con lo anterior, en el campo de la salud debemos identificar cuáles son realmente los alimentos accesibles para nuestros pacientes, así como las restricciones que su cultura y sus situaciones personales les imponen como límite para consumirlos. Seguramente encontraremos ahí vías tanto para reforzar, como para innovar con el fin de lograr una dieta adecuada.

¿Para qué comemos?

Una respuesta aparentemente obvia sería: para vivir de manera saludable. Todos sabemos que una dieta adecuada es fundamental para la salud. Sin embargo, también debemos admitir que la mayor parte de nuestras preferencias dietéticas no toman en cuenta este factor, y que a menudo resulta más importante el contexto de la comida, es decir, para qué se come.

Una primera distinción marca la diferencia entre las comidas de los días ordinarios (casi siempre con la familia) y las de ciertos días (por ejemplo, las del domingo) y las de fiestas y ocasiones especiales (primera comunión, boda, Navidad). En estas circunstancias extraordinarias no sólo es diferente lo que se come, sino también la forma de hacerlo. Cada familia tiene sus propias costumbres para comer, pero habitualmente lo hace en grupo, y la madre se encarga de distribuir las raciones, siguiendo un orden para servir los platos (que normalmente refleja la jerarquía de los miembros de la familia). En cambio, durante una fiesta el espacio es compartido por la familia anfitriona con los invitados, llegando a darse el caso de que los primeros realmente no puedan comer al prodigar sus atenciones. Las raciones deben estar perfectamente calculadas para que no le falte nada a nadie y todos queden satisfechos.

Una vez más, el hecho de entender la complejidad del proceso biocultural alimentación-nutrición abre al trabajador de la salud oportunidades de introducir nuevos elementos para lograr un cambio en beneficio de la salud. De esta manera, una fiesta comunal supone una ocasión ideal para demostrar cómo ciertos alimentos accesibles para la comunidad y poco consumidos pueden integrarse a la dieta diaria, lo que se logra introduciéndolos dentro de platos conocidos y preparados en sintonía con los gustos locales.

¿Comimos hoy "como Dios manda"?

Las consideraciones anteriores ponen de manifiesto una serie de factores que intervienen en la elección de los componentes de la dieta, pero hay algo más: ¿lo que se come y se bebe producen satisfacción? Todas las sociedades tienen un concepto de alimentación ideal, o al menos adecuada. Para entender este ideal debemos comprender cómo se clasifican los alimentos, las comidas y las bebidas.

Una primera clasificación, desde un enfoque antropológico que intenta englobar la gran mayoría de

las sociedades, propone agrupar los alimentos en las siguientes categorías:

- i. El *alimento básico*, con las siguientes características:

Es considerado un don de los dioses y la historia de su origen forma parte de la mitología del grupo. Con frecuencia el alimento mismo es deificado.

La larga relación entre el alimento y el grupo humano llevará eventualmente a la plena domesticación de la planta o el animal y a la necesidad de la intervención humana para la reproducción de éste.

La planta o el animal han sido objeto de siglos de experimentación y se adaptan a entornos y climas diversos, además de mostrar la capacidad para resistir la acción de agentes infecciosos o parasitarios.

La planta o el animal que es el alimento básico se aprovecha de manera integral y casi no se desperdicia ninguna de sus partes. A menudo las partes no comestibles son utilizadas como materia prima para confeccionar artesanías y la planta o el animal suelen ser motivo de representaciones artísticas muy diversas.

La inventiva culinaria del grupo explota el alimento dentro de una variedad de preparaciones que forman parte de platos y bebidas.

El alimento básico se consume a diario y forma parte de la dieta habitual de todos o casi todos los grupos de edad.

El alimento básico se consume en el marco de ceremonias religiosas o festivas.

El alimento básico cubre una parte significativa de la ingesta diaria de energía.

El grupo humano tiene en tan alta estima al alimento básico que no aceptaría su escasez o carencia.

En el centro y sur de México este alimento básico es sin duda el maíz, en sus muy di-

versas formas de prepararlo como plati'lo o bebida. En el área andina le corresponde un papel similar a la papa.

fi. Los *alimentos primarios*

En la mayor parte de los grupos humanos existen, en tomo al alimento básico, otros que forman los alimentos primarios y se consumen en abundancia, habitualmente combinados con el alimento básico. Por ejemplo, en México es el conjunto fundamental que se combina con el maíz y comprende: frijol, jitomate, calabaza, tomate verde, chile, aguacate, ocasionalmente amaranto, y otros.

ii. Los *alimentos secundarios*

Otro grupo abarca los alimentos secundarios que se consumen con menor frecuencia, pero son identificados por todo el grupo. En la dieta de comunidades rurales algunos ejemplos son: chayotes, algunos quelites disponibles todo el año, cacahuates y otra serie de productos que se consumen ocasionalmente, entre ellos las carnes de res, pollo, guajolote, puerco y otras.

iv. Los *alimentos periféricos*

Finalmente existen los alimentos periféricos que se consumen solo ocasionalmente, por depender de la estación del año, las fiestas o celebraciones y no formar parte de la alimentación diaria. No son identificados por todos los componentes de la sociedad. En las comunidades rurales abarcan: frutos de temporada, productos de lujo como el cacao o animales como el venado que son producto de una caza poco frecuente en algunas zonas.

De esta clasificación vale la pena destacar algunos hechos importantes para los trabajadores de la salud:

- El alimento básico debe conservarse siempre, por estar firmemente enraizado en la vida y preferencias de las personas.
- Algunos alimentos primarios se están perdiendo, como en el caso de México, los frijoles, que

están siendo sustituidos por productos de menor calidad nutricional, como fideos y otras pastas de trigo, a causa de su alto costo de producción y la energía que supone el tiempo de cocción y preparación.

- Entre los alimentos secundarios y sobre todo periféricos existen oportunidades para innovar y mejorar la dieta, aunque también pueda ocurrir lo contrario. Así constatamos que las bebidas gaseosas industrializadas han pasado de ser alimentos periféricos para transformarse en primarios en alimento básico para algunas personas.
- Es fundamental conocer bien los hábitos culinarios de las personas con quienes se trabaja.

Partiendo del estudio de la forma de comer de los mestizos de las ciudades mexicanas, proponemos otra clasificación:

- La *verdadera comida*, bien estructurada, supuestamente nutritiva y que se consume dentro del orden social.
- El *antojo*, que se consume fuera del orden social; supuestamente es poco nutritivo o se lo considera dañino por su excesivo contenido de grasa o de hidratos de carbono. Responde a un vivo deseo y es una comida de "escape", que opone el orden al desorden. Su consumo puede ocasionar sentimientos de culpa. Los antojos permiten conocer la inventiva culinaria y las preferencias gastronómicas de los pueblos. Ejemplo: tortas, tacos, tamales.
- El *postre o golosina*, que es dulce por definición y se consume para culminar una comida o por "antojo". Tiene el valor de premio o auto-gratificación y se percibe como una especie de pecado venial.
- Los *alimentos pacotilla o chatarra*, cuyo precio es desproporcionadamente elevado en relación con su aporte nutricional. Su consumo, de introducción reciente en la dieta popular, se ve potenciado por campañas publicitarias permanentes en los medios masivos.

Cada sociedad ha construido lo que considera su "verdadera comida", a lo que al inicio de esta sección llamamos comer "como Dios manda". Conocer este logro cultural es de suma importancia para la planificación de acciones de salud.

La visión intercultural de la alimentación y las intervenciones en salud

No cabe duda de que la alimentación es fundamental para la salud. Los profesionales de la salud lo saben y por eso mismo están interesados en emprender intervenciones para su mejoramiento entre las comunidades con las que trabajan. Para ello se basan casi exclusivamente en los estudios científicos de nutrición. Sin embargo, es fundamental entender que la elección de lo que se come puede estar muy alejada del valor nutricional de algunos alimentos o de sus ventajas para prevenir determinadas enfermedades. Lo que cada uno de nosotros come está determinado por su situación personal, por los alimentos a los que tiene acceso y por una serie de pautas culturales. El no tomar en cuenta esta realidad ha llevado a fracasos importantes. Consiguientemente, resulta imprescindible empezar a incorporar elementos de la cultura dentro de los programas de salud en contextos interculturales.

Para cerrar este capítulo presentamos dos casos concretos tomados de la realidad mexicana, y lo hacemos no sólo para ilustrar lo expuesto hasta aquí, sino sobre todo porque al mostrar ejemplos directos sobre el tipo de errores que resultan de la falta de conocimiento de los aspectos culturales de la alimentación, ofrecen pautas valiosas para la construcción de intervenciones interculturales en salud que permitan evitar esos errores en el futuro.

Caso 1: "...de todas maneras, la leche es blanca"

El funcionario estatal llegó a la comunidad acompañado del funcionario internacional. Les llamaron la atención los niños flacos y con vientre abultado,

evidentes consecuencias de mala alimentación. La pasante de medicina quien prestaba su servicio social ahí confirmó la alarmante situación. Acordaron que era urgente agregar el nombre del pueblo a la lista de beneficiarios de un programa caritativo internacional de ayuda alimentaria.

Al cabo de algunos meses llegaron a la presidencia municipal los camiones que descargaron bultos con leche en polvo, botes con grasa vegetal comestible y las galletas secas, todo ello resultado de los excedentes de producción de los países desarrollados. La comunidad se organizó rápidamente: a cada familia se le pidió acudir con recipientes para llevarse a casa los alimentos llegados gracias a la solidaridad y generosidad internacional. Pero nadie explicó la forma de preparar y consumir esos alimentos.

Era evidente que las galletas se podían comer acompañando el atole o el café y, aunque desabridas, fueron aceptables. El bote con grasa causó perplejidad. Algunas amas de casa valientes la usaron para freír, pero no sabía a la manteca a la que estaban acostumbradas y acabó siendo rechazada en la cocina, encontrando su lugar como lubricante para las ruedas de las carretas y de las bicicletas.

El polvo blanco era un misterio; en los bultos se leía: *"powdered milk"*, pero nadie entendía el inglés. A un joven se le ocurrió que eso era justo lo que necesitaba para marcar los límites y las áreas internas del campo de fútbol. Otros fueron por mejor camino y consideraron que debía ser un alimento que se diluía en agua, como el pinole. Varios se aventuraron a probarlo y descubrieron que sabía muy parecido a la leche que habían gustado en sus visitas a la cabecera municipal y a la que no estaban acostumbrados. Pero varios de quienes la bebieron notaron pronto que sus intestinos se llenaban de gases y tenían diarrea. Se supuso que el polvo estaba en mal estado y después de que corrió la voz, la mayoría decidió no correr el riesgo de volver a beberlo.

Sin embargo, don Justo sí dio en el clavo: mezcló el polvo en agua tibia con baba de nopal y encontró que era ideal para blanquear las paredes de

su casa. La iniciativa cundió y el pueblo tuvo un aspecto renovado, pero los niños siguieron igual o peor nutridos que antes.

Además de la evidente falta de información para los usuarios potenciales de la ayuda, los donantes ignoraron un hecho básico. Buena parte de los indígenas americanos tienen insuficiencia o carencia de lactasa en su tubo digestivo. Esta enzima es la responsable de algo muy sencillo, desdoblar los dos azúcares que componen la lactosa o azúcar de la leche en dos azúcares simples. Al faltar la enzima, la lactosa llega sin cambios al intestino grueso, donde las bacterias la consumen, produciendo como resultado exceso de gas e irritación en las paredes del tubo digestivo.

De lo anterior concluimos que la introducción de nuevos alimentos requiere tanto de sensibilización para la comunidad, enseñando su uso, no solamente en la teoría, sino directamente para su incorporación en recetas de cocina que sean familiares. Pero además quien propone los nuevos alimentos debe conocer las características biológicas, psicológicas y socioculturales de la población a quienes las destina. De no ser así, un alimento valioso como la leche en polvo puede acabar marcando los límites del campo de fútbol, de todas maneras, es un polvo blanco.

Caso 2: "...pero que no me falten mis tortillas y mis frijolitos"

Don Ruperto se fracturó el tobillo y tuvo que ser internado en el hospital del pueblo. Fue operado, se le aplicó un yeso y debió permanecer internado un par de días antes de regresar a su casa apoyado en unas muletas a las que pronto se acostumbró.

Al llegar al hogar sorprendió a Epifanía, su mujer, al decirle que tenía mucha hambre. Ella le preguntó si en el hospital no le habían dado de comer y, llena de curiosidad, le pidió que le contara lo que le habían ofrecido. Ruperto respondió con una descripción detallada:

Al mediodía me dieron un caldito de pollo con una patita y unas verduritas que no conocía y lue-

go una como agua dura que llaman gelatina y es muy dulce. Pero eso no fue lo malo, imagínate, para [todo] eso solamente me dieron tan solo cinco tortillas frías y ya medio duras y me hicieron falta mis frijolitos para nivelarme y mi salsita pa' darle sabor.

Epifanía preparó de inmediato un tanate con su servilleta limpia y lo fue llenando de tortillas calientes y suaves, recién sacadas del comal. Ruperto se hizo primero un taco con frijoles con salsa case- ra y sonrió satisfecho. Luego ya comió el guisado de espinaca con tomate y quintoniles que iba a ser su comida del día y lo acompañó con más de una docena de tortillas.

Lo que ocurrió fue que a Ruperto le hizo falta su alimento básico, las tortillas, en cantidad suficiente. Los habitantes mestizos de las ciudades consideran que las tortillas deben comerse con moderación, ya que "engordan". En cambio, para el campesino son su principal fuente de energía y una de las fuentes básicas de proteínas y fibra, y las consumen en mayor cantidad que los ciudadanos por la facilidad para obtenerlas en casa y por su precio accesible en dinero y trabajo. Los frijoles juegan el mismo papel, pero son la mejor fuente de proteína vegetal en comunidades donde el consumo de la proteína de origen animal es raro.

Es aconsejable que los hospitales que atienden a comunidades campesinas, indígenas, rurales o simplemente marginadas, se aseguren de que sus pacientes tengan acceso suficiente a tortillas y frijoles, siendo las primeras su alimento básico y los segundos un alimento primario fundamental y con alta calidad nutricional en el contexto de la dieta de esas personas.

Algunos centros de salud y hospitales han reconocido la importancia de contar con una tortillería dentro de sus instalaciones y aseguran así economía y la satisfacción de su personal y los pacientes.

Para encontrar cifras concretas sobre el papel de las tortillas en la alimentación de los mexicanos actuales consúltense Bourges (2002).

Bibliografía consultada

Álvarez del Rivero, J. C., H. Bourges, E. Casanueva, M. Kaufer, J. Morales de León, M. Plazas y L. A. Vargas

2001 "Glosario de términos para la orientación alimentaria", *Cuadernos de nutrición* 24 (1): 7-43.

Bourges, Héctor

2002 "Comentarios sobre la aplicación del IVA a los alimentos", *Cuadernos de nutrición* 25 (1): 14-17.

Casanueva, Esther, M. Kaufer-Horwitz, A. B. Pérez y P. Arroyo (eds.)

2001 *Nutriología médica*. México, D. F.: Editorial Médica Panamericana y Fundación Mexicana para la Salud.

Farb, Peter y George Armelagos

1980 *Consumingpassions. The anthropology of eating*. Boston: Houghton Mifflin.

Garine, Igor de y Luis Alberto Vargas

1997 "Introducción a las investigaciones antropológicas sobre alimentación y nutrición", *Cuadernos de nutrición* Vol. 20, N° 3.

Gispert Cruells, Montserrat

1999 *Del jardín de América para el mundo*. México, D. F.: Ángel Porrúa Editor y Procuraduría Federal del Consumidor.

Green, Lawrence W. y Marshall W. Kreuter

1991 *Health promotion planning. An educational and environmental approach*. Toronto: Mayfield Publishing Company.

Harris, Marvin

1985 *Good to eat, riddles off food and culture*. Nueva York: Simon and Schuster.

1978 *Caníbales y reyes. Los orígenes de las culturas*. Barcelona: Editorial Argos.

Jelliffe, Derrick B.

1974 *Nutrición y desarrollo infantil en países en desarrollo*. México, D. F.: Editorial Limusa.

Kiple, Kenneth F.

2000 *The Cambridge World History of Food*. Cambridge: Cambridge University Press, Vol. 2.

Marrodán Serrano, Dolores, M. González Montero de Espinosa y C. Prado Martínez

1995 *Antropología de la nutrición. Técnicas, métodos y aplicaciones*. Madrid: Editorial Noesis.

Pelto, Gretel, J. Pertti Pelto y Ellen Messer

1989 *Research methods in nutritional anthropology*. Tokyo: The United Nations University.

Pelto, Gretel y Luis Alberto Vargas (eds.)

1992 "Dietary **change and nutrition**", *Ecology of Food and Nutrition* 27: 159-161.

Pérez de Gallo, Ana Berta y Leticia Marván Laborde

1999 *Dietas normales y terapéuticas. Los alimentos en la salud y la enfermedad*. México, D. F.: La Prensa Médica Mexicana.

Salas Gómez, Luz Elena

2003 *Educación alimentaria. Manual indispensable en educación para la salud*. México, D. F.: Editorial Trillas.

Vargas, Luis Alberto

2007 "El alimento básico en las cocinas de la humanidad. El caso de Mesoamérica", *Itinerarios, revista de estudios lingüísticos, literarios y antropológicos (Varsovia)* 6: 39-53.

1999 "Las ciencias naturales en Mesoamérica y la forma en que se aplicaron en la alimentación". En: *Ciencias naturales en México*. México, D. F.: Fondo de Cultura Económica, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.

1997 "Un banquete de la cocina mexicana". En: *El patrimonio nacional de México*. México, D. F.: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes y Fondo de Cultura Económica, Colección Biblioteca Mexicana.

Vargas, Luis Alberto y Paris Aguilar

2002 "Una visión integral de la alimentación; cuerpo, mente y sociedad", *Cuadernos de nutrición* 25 (2): 88-92.

LA ALIMENTACIÓN EN CONTEXTOS INTERCULTURALES:

ALGUNAS CONSIDERACIONES

Montserrat Salas Valenzuela

El objetivo del presente trabajo es presentar algunos elementos en torno a la cuestión de la alimentación en contextos interculturales. Son varias las dimensiones que se debería tomar en cuenta a la hora de realizar investigaciones y acciones comunitarias al respecto; por ejemplo, el contexto histórico, socioeconómico y político, el vínculo inseparable entre la alimentación y los procesos de salud/enfermedad/atención, la relaciones de hegemonía-subalteridad de los actores sociales sobre la alimentación, etc. Asimismo, conviene explicitar propuestas para la elaboración de políticas y programas encaminados al mejoramiento de la situación alimentaria y de salud de la población.

Un abordaje de este tipo aporta a la modificación de la visión etnocéntrica en torno a la alimentación, para contribuir a entenderla y explicarla desde el punto de vista propio de los grupos sociales; asimismo, se promueve el respeto hacia la diversidad alimentaria y de modos de vida con una comprensión más profunda de las personas. En este sentido, se exponen a continuación algunas acciones que actualmente se llevan a cabo en el estado de Oaxaca, México, con una propuesta de interculturalidad alimentaria.

La importancia del contexto

Historizar el tema de la comida en Latinoamérica -y en el mundo entero- exige entender la cuestión en el marco más amplio de los procesos de globalización de la economía mundial verificados en los últimos tres decenios, crisis cíclica profunda y prolongada. La creciente limitación en las autonomías de las economías nacionales y de los Estados para diseñar sus propias políticas, particularmente en lo que se refiere a los recursos naturales, así como la internacionalización de los procesos de producción, la libertad de circulación y de acción del capital, configuran el panorama macro de la industria alimentaria, cuyo resultado inmediato es la conversión de los alimentos en mercancías, en tanto productos incorporados al circuito del mercado globalizado.

Cálculos de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) indican que el número de personas que hoy padecen hambre en el mundo no ha disminuido en el último decenio, y todo parece indicar que aumentará en los próximos años, ya que a finales de 2009, en el mundo habrá casi mil millones de personas que pasen hambre a diario, no como consecuencia de las malas

cosechas, sino por la disminución de sus ingresos y por el incremento del desempleo causado por la crisis económica mundial; millones de personas en el mundo, las más vulnerables, están en peligro, ya que destinan al menos el 60% de sus ingresos a la adquisición de alimentos básicos, con precios locales que mantienen una tendencia **al alza**, a pesar de la expansión global de la producción de cereales.

Mientras tanto, las empresas transnacionales de la industria agroalimentaria y los cárteles de productos básicos que controlan el comercio agrícola y alimentario mundial se han convertido en los grandes beneficiarios de la crisis alimentaria, con incrementos reconocidos en sus ganancias superiores al 80% en los años recientes. Las fabulosas ganancias de estas empresas que publicitan sus productos como *modernos*, en una oferta de doble vía entre los alimentos *chatarra* y los modificados *nutricionalmente*, se deben en parte a sus eficaces estrategias de mercadotecnia, pero sobre todo a las tímidas regulaciones estatales que no ponen freno a la publicidad engañosa, que no restringen la agresiva publicidad dirigida a la población infantil, que no protegen las condiciones laborales de los jornaleros, que no preservan la producción local, es decir, que no fomentan una verdadera responsabilidad social de las empresas, con salarios dignos para los trabajadores y en el marco del cuidado ambiental.

Así, el contexto macro deja de ser un simple escenario, ya que en la actualidad prácticamente no existen grupos sociales que estén completamente aislados de la economía de mercado, por lo que en sectores sociales inmoderadamente marginados, los efectos de la crisis alimentaria pueden ser aún más graves, por encontrarse en condiciones de pobreza y con afecciones sobre su estado de salud y de nutrición.

Cuando hablamos de contexto, conviene considerar tanto los elementos macro (globalización, modernidad, crisis alimentaria), pero también los de índole regional (intercambios, precios de al-

mentos, regulaciones y políticas estatales, subsidios, sustitución de cultivos, exención de impuestos a la importación de alimentos básicos en detrimento de la agricultura y la ganadería locales, y en general con los modelos de desarrollo de cada **país**) como locales y domésticos (producción, distribución intrafamiliar, gasto en comida), cuya articulación será la que nos permita entender en **última instancia** el complejo proceso en virtud del cual los sujetos llevan un determinado alimento a sus bocas. Lo que sucede en una cocina, en una mesa, cuando una familia comparte sus comidas, determina ciertas prácticas en las que se articulan de un modo particular las políticas macroeconómicas con las disponibilidades domésticas, además de las dimensiones simbólicas de la comida.

En este sentido, al formular un planteamiento sobre la alimentación en contextos interculturales, no se puede pasar por alto el complejo aspecto económico de la alimentación y de la agricultura de los alimentos básicos, que en ocasiones, son los únicos que **ciertas** poblaciones consumen. Con esto, es posible tomar distancia de las posiciones clásicas de la antropología, que tiende a secundarizar esta conexión y suele dedicarse simplemente a conocer el tipo de alimento que consume la población indígena, en un afán folklorizante y paternalista. Como señalara Bonfil hace décadas, "debemos vincular los alimentos [que consumen las poblaciones indígenas] con la producción local y el intercambio" (Bonfil 1995) {esta referencia no figura en la Bibliografía}, para dimensionar no sólo los aspectos simbólicos de la comida, sino los **sistemas** agrícolas tradicionales y los alimentos industrializados comercializados en la *tiendita* de la esquina y en el supermercado del barrio.

Más aún, observar, describir e interpretar los contextos permite comprender las tensiones y rupturas entre las recomendaciones *estandarizadas* supestamente válidas para la alimentación de todos los sujetos en todo lugar, y las prácticas cotidianas de los sujetos y los grupos sociales.

La alimentación es (parte de la) cultura

No cabe duda de que la alimentación forma parte de las actividades imprescindibles para la supervivencia y la reproducción humana, pues si una persona deja de comer, puede enfermar y morir, como lo han demostrado principalmente las ciencias biológicas. Sin embargo, la alimentación humana no ha sido estudiada sólo por la medicina y la nutrición, ya que la historia, la psicología, la economía, la biología y la antropología también han aportado sus puntos de vista, aunque mientras que las primeras se dedican a conocer preferentemente los aspectos biológicos, genéticos o fisiológicos de la alimentación, las ciencias humanas han abordado las dimensiones simbólicas, sociales (Gracia 1997), históricas y económicas, como por ejemplo la disponibilidad alimentaria, la selección cultural de los productos comestibles y los que no lo son, la comida que se consume en festejos y rituales, la comensalidad, las *maneras de mesa*, quiénes preparan y seleccionan los alimentos, cómo se distribuye la comida dentro de las familias, la medicalización de la alimentación, etc.

Cuando se entiende la *cultura alimentaria* como el conjunto de prácticas y representaciones sociales asociadas a la alimentación, compartidas por los integrantes de una cultura dada o de un grupo social dentro de una cultura (*ibíd.*), y se asume que en contextos determinados la *comida* no es un acto individual aislado, entonces es posible aportar claves sobre el funcionamiento general del grupo social, ya que antes de ser comidos, los alimentos tienen que haber sido preferidos, escogidos, preparados, ofrecidos y simbolizados; lo cual -sin dudas es materia cultural.

En la actualidad, se considera que la alimentación se enmarca en los procesos denominados de multi/interculturalidad, nociones que a menudo se consideran equivalentes, en el marco de la atención antropológica hacia la *otredad*. En este marco, se establece que la multiculturalidad es producto de la

presencia de múltiples grupos sociales con culturas diversas, es decir, en la inevitable convivencia de varios *otros* en un mismo espacio/momento, reconociéndose que los grupos y sujetos sociales interactúan a partir de lo que son -no podría ser de otra forma-, desde su posicionamiento socioeconómico y cultural, lo que crea un marco de referencia con el cual interpretan la vida misma. Si la multiculturalidad es la expresión de la convivencia (armoniosa o discordante) de las culturas, con llamados al reconocimiento y respeto como muestras mutuas de tolerancia, el siguiente paso sería la construcción social de la interculturalidad. En el plano discursivo se expone la interculturalidad como una aspiración para mejorar la convivencia social, en la que se asigna importancia considerable a la comunicación, especialmente en los ámbitos educativos, de mercadeo y de la salud. Así, mientras que la realidad multicultural es un hecho y tiene cierta carga descriptiva y de agregación (pluricultural), la interculturalidad se plantea como un anhelo, como un ideal deseable que es preciso edificar colectivamente en el marco de la diversidad.

No cabe duda de que la presencia de múltiples culturas pone de manifiesto la *diferencia* cultural; sin embargo, en tomo a ésta la sociedad erige la desigualdad, ya que los grupos culturales están en posiciones de poder social diferentes, unos hegemonizando a otros, mediante la coerción y/o el consenso. Tal vez por ello, ir más allá de la diferencia, evidenciar la asimetría y proponer las relaciones interculturales parece más una intención que una puesta en práctica generalizada, ya que el respeto mutuo no consiste simplemente en entenderse y eliminar el conflicto, sino en amalgamar ciertos rasgos culturales. Así, la interculturalidad no puede juzgarse como buena o mala, adecuada o insuficiente, sino como compromiso activo entre ciudadanos y autoridades al generar las condiciones para que tales procesos de equidad tengan lugar.

El afán de proponer la interculturalidad se encamina a dismantelar las bases del etnocentrismo y de

la superioridad cultural, tarea nada fácil, por cierto, incluso en el ámbito alimentario. Recomendaciones como las propuestas por la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (CD37.R5 y CD40.R6, 1992) {esta referencia no figura en la Bibliografía} en el contexto de la conmemoración de los 500 años de la llegada de los europeos al continente americano, bajo el nombre de Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, constituyen un marco de referencia para que los estados nacionales diseñen y pongan en marcha políticas y programas en la búsqueda de colaboración y armonización social, mediante el denominado enfoque intercultural en salud.

En el caso de la alimentación, se ha identificado a las autoridades del sector salud como las encargadas de formular marcos locales en la búsqueda de interrelaciones equitativas entre *diferentes*, encaminadas a disminuir las disparidades en salud (y en particular las deficiencias alimentarias) de los pueblos indígenas. Tanto más si se considera que de los 100 millones de personas que no tienen acceso regular a la atención de salud en Latinoamérica, el 40% son indígenas, y son precisamente estos grupos sociales quienes presentan peores condiciones de salud y de nutrición. En parte por las recomendaciones multinacionales, pero sobre todo por la evidencia de las precarias condiciones de salud y nutrición de los pueblos indios, en muchas de las propuestas de interculturalidad alimentaria subyace la idea de que el enfoque intercultural se refiere exclusivamente a los indígenas o, en el mejor de los casos, a los marginados, a los pobres, a los campesinos, a las denominadas *minorías*, formulando juicios respecto a sus prácticas para etiquetar de forma negativa aquellas que se explican por la *cultura*. Un abordaje verdaderamente intercultural puede contribuir a superar estas visiones y comprender la lógica de las prácticas alimentarias como parte del *todo* que constituye el universo alimentario de cualquier grupo social.

Por consiguiente, la construcción de la interculturalidad no hace referencia sólo a los indígenas

-aunque este sector es prioritario dentro de tal enfoque-, sino a todos los grupos en sus diversas manifestaciones culturales. Así, las prácticas y representaciones sobre la alimentación se encuentran en grupos con diferencias políticas, religiosas, étnicas, de género, lingüísticas, de escolaridad, de opciones sexuales y muchas otras. Este marco diverso constituye una seria dificultad y un reto para construir un modelo y una práctica intercultural, ya que las relaciones entre grupos con culturas diversas están atravesadas por tensiones, rupturas y complementaciones, en tanto que los cambios culturales casi nunca tienen lugar aisladamente y, en cambio, están integrados en una tendencia de desarrollo más amplia (De Garine 2002).

Las relaciones de hegemonía-subalternidad y la alimentación

Los conjuntos sociales configuran colectivamente representaciones respecto a una temática determinada, realizan prácticas y elaboran significados culturales; la compleja articulación entre la práctica y la representación es lo que denominamos *saberes* (Menéndez y Di Pardo 1996). Así, las *prácticas* de alimentación son el conjunto estructurado de conductas pautadas culturalmente, rutinarias o eventuales, que adquieren diferentes niveles de complejidad y expresan la acción del sujeto en la realidad a través de la distribución/asunción de roles, funciones e interacciones con el mundo social (Osorio 2001: 15). Las *representaciones sociales* sobre alimentación son el conjunto de opiniones, nociones, ideas, concepciones, creencias, valores, actitudes y significaciones que los sujetos elaboran en torno a este tema en un contexto determinado. Las representaciones siempre guían la práctica y orientan el camino que se debe seguir y expresan la experiencia vivida por los sujetos. Por tanto, son cambiantes pero siempre concurren en la construcción de una realidad común a un conjunto social (Jodelet 1984). Las representaciones sociales sobre la comida se constituyen

además en un conocimiento social práctico, en tanto dan sentido a acontecimientos y actos que terminan por ser habituales y con los cuales las personas se relacionan: *hacer familiar lo desconocido y hacer visible lo invisible* (Farr 1994), ya que lo insólito o desconocido resulta amenazante cuando no se tiene una categoría para clasificarlo.

Si bien la noción de *saberes* resulta una abstracción en términos metodológicos, los saberes son representados y puestos en práctica por individuos y grupos sociales concretos; el saber no se ve, sino que puede ser reconstruido a partir de fuentes diversas mediante la investigación antropológica: conversaciones, observaciones y acompañamientos con algunos individuos o con todos los integrantes del grupo. El saber constituye un todo, un todo que es sistemático en tanto evidencia una racionalidad grupal, y no remite sólo al *conocimiento* (en oposición a ignorancia, como suele utilizarse) sobre una determinada problemática, sino a las elaboraciones que los sujetos comparten como producto de su vida social, construidas colectivamente. La valoración social del saber no se deriva de su "calidad" o sus contenidos específicos, sino de quién proviene: un conjunto social que elabora y pone en práctica este saber posicionado socialmente como dominante o dominado, pero no sólo en el plano de las ideologías, sino que se traduce en prácticas concretas; es allí donde se expresa la hegemonía/subalternidad de los grupos sociales. En efecto, frente al reconocimiento antropológico de la existencia del "otro" (ya sea concebido en su *experiencia*, en su *racionalidad* o en su *subalternidad*), las relaciones interculturales en torno a la alimentación pueden verse beneficiadas si se comprendiese un poco mejor el contexto en el que se verifican tanto las prácticas como la elaboración de las representaciones del "otro", mediante "la observación directa y prolongada de las situaciones que rodean el consumo de alimentos y la descripción minuciosa del comportamiento alimentario cotidiano

en sus diferentes manifestaciones, en definitiva, la etnografía alimentaria..." (Contreras y Gracia 2005: 183). En otras palabras, rastrear las expresiones de la hegemonía alimentaria no sólo como ideología, sino -como plantea Gramsci- fundamentalmente como actividad práctica (Crehan 2004: 195).

Así, con base en la descripción densa de las prácticas, en el *emic'* de la comida, se puede dar cuenta de la alimentación como un asunto *total*, que en la actualidad se relaciona estrechamente con los procesos de salud/enfermedad/atención, aunque tratando de conservar un enfoque no patologizante de la comida, pero sin negar la existencia de las patologías alimentarias y nutricionales cuando se presentan, se diagnostican y se interpretan.

El peso y la hegemonía de la ciencia médica y nutricional contemporánea en relación a la alimentación son de tal magnitud que la antropología alimentaria, además de cuidarse de la carga etnocéntrica disciplinar, se ha visto obligada a reconocer que cuando se pretende comprender y estudiar la *alimentación* desde diferentes ópticas pueden presentarse varias dificultades:

1. incapacidad para disociar los aspectos fisiológicos de la nutrición de los aspectos sociales (sesgo de preocupaciones nutricionales de quien hace la encuesta), 2. disociar en la alimentación los aspectos económicos de las aspiraciones de orden social y nutricional, y 3. la alimentación es un tema demasiado proclive a la manipulación social como para que las respuestas a un cuestionario no sean sospechosas (Douglas 2002).

Dado que es la cultura (no la nutrición ni la medicina) la que establece lo que es comestible, lo que es tóxico, la saciedad (...) si se quiere comprender un tabú alimentario (por ejemplo), es necesario situarlo en el contexto global de la sociedad que aplica la prohibición (*op. cit.*: 172), ya que las escalas de valor no flotan en el vacío, sosteniéndose milagrosamente (...) las reglas alimentarias toman

1 *Emic*: propuesta metodológica que privilegia la "versión de los actores" como la base de los análisis y las interpretaciones. (Nota del editor.)

sentido en tanto que elementos de una concepción general del universo (*op. cit.*: 173), y si se las considera aisladamente, se corre el riesgo de tropezar con un sinsentido. (...) porque la alimentación es más que un sistema entre otros, regulando todos ellos el cuidado del cuerpo con disposiciones que gobiernan las comidas, la limpieza, la ropa, el cuidado de los enfermos y de los moribundos, **los nacimientos**. (...) así, en el interior de la familia hay un **sistema** de cuidados corporales que evoluciona y que al mismo tiempo forma la trama de las relaciones intrafamiliares (...) por ello es que se pueden relacionar los sistemas alimentarios y el sistema familiar en su conjunto (*op. cit.*: 191).

Por ello, se puede comprender la alimentación como parte de un todo mayor denominado sistema de autoatención, que se refiere a

las prácticas y representaciones que la población utiliza para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa o intencional de curadores profesionales, aun cuando éstos pueden ser la referencia de la actividad de Autoatención (Menéndez 2005).

Si bien esta definición constituye un recurso heurístico para comprender los procesos prioritarios de salud, enfermedad y atención (nivel *restringido*), contiene también el denominado nivel *amplio*, que alude a la preparación y distribución de alimentos, obtención e higiene del agua, aseo de cada uno de los integrantes del grupo doméstico/familiar y el mantenimiento del conjunto de la unidad doméstica.

Dicho sistema puede asociarse a, ser parte integrante de, o equivaler a lo que en demografía y economía se denomina trabajo doméstico, es decir, el conjunto de actividades cotidianas que se realizan necesariamente en todos los hogares, y que involucran cuestiones de higiene y salud (lavar, planchar, cocinar, cuidar, arreglar y servir), tareas que garantizan el bienestar de los integrantes de la familia. Este tipo de trabajo comprende actividades indispensa-

bles para el mantenimiento del hogar, tales como la elaboración de alimentos, cuidados de higiene y de la salud, atención a infantes y a personas enfermas y ancianas. Todo esto va más allá del equilibrio emocional-afectivo, así como de la socialización de los individuos, incluyendo la sociabilidad alimentaria (Carrasco 2002), y es en este nivel donde las políticas de tipo macro hacen sentir su impacto, se corporizan y obligan a los integrantes de las unidades domésticas y de sus redes a ajustar roles, responsabilidades y obligaciones.

En el sentido amplio de la autoatención no es suficiente concebir la alimentación como un balance cuantitativo entre "lo que entra y lo que se produce con esos insumos" (análisis *input-output*), de uso generalizado en las ciencias de la nutrición, ya que la racionalidad de los conjuntos sociales al clasificar y seleccionar alimentos es difícilmente cuantificable y, a diferencia del pensamiento médico ya señalado de que "somos lo que comemos", desde la antropología de la alimentación tendríamos que afirmar más bien que "comemos lo que somos" (Contreras y Gracia 2005), en una especie de *illness* de la comida. Un ejercicio interesante para ilustrar esta afirmación es el que realizan Baas, Wakefield y Kolas (1979, cit. en Contreras y Gracia 2005: 35). Cuando presentan el listado de las *funciones socioculturales de la alimentación*, elaborado a partir de su trabajo de campo en diversos países, en diversas culturas y en diferentes momentos históricos, encontraron que sólo una de veinte funciones identificadas se refiere a un asunto estrictamente nutricional, como es el de proporcionar el combustible al cuerpo (Gracia 2007 {en la Bibliografía sólo aparece Gracia 1997}):

- satisfacer el hambre y nutrir el cuerpo,
- iniciar y mantener relaciones personales y de negocios,
- demostrar la naturaleza y extensión de las relaciones sociales,
- proporcionar un foco para las actividades comunitarias,
- expresar amor y cariño,

- expresar individualidad,
- proclamar la distintividad de un grupo,
- demostrar la pertenencia a un grupo,
- hacer frente a situaciones de estrés psicológico o emocional,
- significar estatus social,
- recompensas o castigos,
- reforzar la autoestima y ganar reconocimiento,
- ejercer poder político y económico,
- prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades físicas,
- prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades mentales,
- simbolizar experiencias emocionales,
- manifestar piedad o devoción,
- representar seguridad,
- expresar sentimientos morales,
- significar riqueza.

Las diecinueve funciones restantes se refieren a diferentes aspectos de las relaciones sociales y a los significados de la comida para distintos grupos sociales. Lo que la gente come y lo que la comida significa para la gente constituye un saber cultural más que nutricional (aunque puede contemplar aspectos nutricionales): en el tianguis (mercado) compramos jitomates, no nutrientes, aunque en la decisión de compra se manifiesten cada vez más los elementos divulgados por la información biomédica/nutricional sobre los alimentos.

Por todo lo anterior, ya no podemos limitarnos a estudiar aspectos aislados de la alimentación, ya sea sólo lo económico, sólo la división sexual del trabajo doméstico o sólo la "ingesta de nutrientes", o incluso sólo los aspectos estrictamente médicos en la alimentación, ya que es el conjunto de estos factores de manera articulada lo que da lugar a las prácticas alimentarias y permite elaborar las representaciones sociales respecto de la alimentación. Un ejemplo de ello se presenta en ciertos grupos sociales en los cuales la comida puede ser un proceso ininterrumpido, sin estructura horaria, donde el concepto de "la

hora de comer" es diferente al de otros contextos culturales o simplemente no existe. También podemos mencionar que el hecho de considerar *comida* a lo que los individuos consumen sólo tiene sentido en determinados contextos, ya que desconocemos *a priori* si determinados alimentos o productos se consideran universalmente como comida.

Una distinción importante

Ya hemos señalado que la cuestión de la alimentación ha sido estudiada tanto por las ciencias biológicas como por las sociales. Sin embargo, en términos de elaboración de políticas públicas y de programas específicos para mejorar las condiciones de vida, de salud y de nutrición de las poblaciones más pobres, la temática alimentaria ha sido abordada de manera hegemónica por la ciencia nutricional, en medio de tensiones de diversa índole derivadas de la indefinición y falta de claridad sobre aspectos medulares de su objeto de estudio, a consecuencia de su adhesión predominante al paradigma positivo. Su origen salubrista, su vínculo filial con la medicina y el hecho de estar sustentada en la biología han influido en el desarrollo conceptual de esta disciplina con un innegable sesgo en favor de una mirada biologicista, estandarizante, farmacológica y que se autoatribuye la potestad de emitir juicios sobre las formas de comer de los individuos y de las poblaciones. Aún así, es importante reconocer que estos estudios cumplen sus objetivos en tanto permiten conocer los consumos promedio de alimentos, de energía y de nutrimentos en una población determinada, así como la valoración cuantitativa del estado nutricional de sus distintos grupos étnicos y su distribución geográfica.

Los nutrólogos definen la *nutrición* como los fenómenos involucrados en la obtención por el organismo, y en la asimilación y transformación metabólica por las células, de las sustancias energéticas, estructurales y catalíticas necesarias para la vida; por tanto, se considera que la *nutrición* es funda-

mentalmente un proceso celular que ocurre continuamente y está determinado por factores genéticos y ambientales; entre estos últimos destacan la alimentación y los factores de tipo físico, biológico, psicológico y sociológico. En cambio, la *alimentación* se ha definido como el conjunto de fenómenos involucrados en la obtención, por parte del organismo, de las sustancias energéticas, estructurales y catalíticas necesarias para la vida, entre los cuales podemos mencionar factores geográficos, económicos, sociales, culturales y psicológicos (AMMFEN 1996: 18). De este modo, para el pensamiento nutricional predominante, los *protagonistas* del fenómeno alimentario no son los sujetos sociales, sino los *organismos*, a los cuales considera como "sujeto" de la alimentación.

A partir de este discurso gremial se elaboran propuestas programáticas y acciones estandarizantes que encierran en sí mismas la dificultad para lograr el éxito, ya que no son los *organismos* quienes consumen los alimentos, sino los individuos en un marco de interrelaciones sociales de hegemonía-subalternidad siempre dinámicas y cambiantes. El saber nutricional hegemónico ha obtenido éxito significativo al medicalizar asuntos que previamente estaban fuera del dominio de la medicina, en particular respecto a la alimentación, en estrecha vinculación con las empresas transnacionales de las industrias químico-farmacéuticas y de la alimentación, con el apoyo interesado de los medios de comunicación masiva. Así, se patologiza la comida... precisamente cuando más personas en el mundo pasan hambre a diario, de modo que la alimentación en contextos interculturales se constituye en un verdadero reto para conciliar el desarrollo técnico-científico con el saber de los grupos sociales sobre su alimentación. Ciertos principios básicos de nutrición e higiene que en zonas urbanas resultan incuestionables podrían "carecer de sentido", en términos culturales y económicos, en zonas rurales o marginales en las cuales el agua es escasa y el combustible exiguo.

Vargas sostiene que

... es relativamente sencillo entender el sistema de clasificación frío-húmedo y caliente-seco de muchos de los grupos indígenas de nuestro país. En vez de combatirlo por su carencia de fundamento científico, entendámoslo como un elemento de su cosmovisión. Es sencillo preparar una dieta sana, higiénica y nutritiva desde la perspectiva ética, pero que además se ajuste a los conceptos locales de lo frío-húmedo y caliente-seco, analizadas desde la perspectiva émica. Es más, las cocineras indígenas seguramente lo harán con gusto si son guiadas por el personal técnico o profesional responsable del servicio de alimentación mediante el diálogo respetuoso (Vargas s/f).

No obstante, es posible obtener éxitos relativos en situaciones específicas y delimitadas, aunque aún no contamos con evaluaciones globales en torno a la aplicación de programas de salud y nutrición con enfoque intercultural. La mayor parte de los gobiernos nacionales de América Latina han retomado en la dimensión programática las propuestas elaboradas por la OMS en el decenio de los años noventa. Sin embargo, la información epidemiológica disponible señala que aún no se ha logrado un mejoramiento sostenido del estado de salud y de nutrición de las poblaciones atendidas en el marco del pluralismo cultural. Razón por demás suficiente para mantener el empeño en cimentar una interculturalidad estable en la salud y en la alimentación.

Una experiencia de aplicación concreta : el CECIPROC

Frente a las limitaciones y la precariedad de los servicios estatales para resolver problemáticas específicas en el ámbito de la salud, en muchas comunidades latinoamericanas se ha venido implementando acciones encaminadas tanto a poner de relieve dichas limitaciones como a potenciar las capacidades locales y colectivas de atención de la salud. La mayor parte de estos esfuerzos aún no han sido sistematizados para su difusión, pero se inscriben dentro del amplio movimiento social de participación comunitaria y ciudadana característico de las últimas

décadas del siglo XX, gestando las bases de nuevas relaciones Estado-sociedad.

Una de estas propuestas es el Centro de Capacitación Integral para Promotores Comunitarios (CECIPROC), asociación civil creada en 1992 en el estado mexicano de Oaxaca, cuya propuesta de educación no convencional como alternativa de desarrollo, puede considerarse un ejemplo de acciones en contextos interculturales, particularmente sobre la alimentación. En el marco de las acciones comprometidas para el mejoramiento de la salud de las comunidades con la estrategia de Atención Primaria de Salud, APS (Salud para Todos en el año 2000), el CECIPROC es un programa que se nutre de la experiencia de equipos rurales de investigación-acción propiciados por una de las principales instituciones del sistema nacional de salud en México, el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", en la cual se desarrollaron investigaciones pioneras con personal formado tanto en las ciencias médicas como en las ciencias sociales. El punto de partida del CECIPROC es que los campesinos indígenas constituyen el sujeto social de transformación (Ysunza *et al.* 2000 {esta referencia no figura en la Bibliografía}) y con un modelo de capacitación basado en la educación integral con participación activa de promotores/as y de la comunidad. Se trabaja en cuatro áreas temáticas: nutrición, salud comunitaria, ecología y educación y organización comunitaria. Las actividades se desarrollan prioritariamente en la sierra norte del estado y en la costa, áreas en las que habitan integrantes de varias etnias oaxaqueñas, como los mixes, zapotecos, chinantecos, chatinos y afrodescendientes. En sus casi 18 años de existencia, el centro ha sobrevivido gracias a aportes públicos y privados, que cubren porcentajes mínimos de los costos programáticos, ya que el verdadero capital se encuentra en las acciones colectivas de las comunidades.

En el CECIPROC se reconoce el contexto nacional y local como factor determinante de las condiciones de salud y nutrición de los habitantes del estado.

Este factor es el que define las acciones prioritarias del Centro y expresa las condiciones en las cuales se puede llevar a cabo las propuestas de mejoramiento de salud y de alimentación. Oaxaca presenta la mayor diversidad étnica del país, la mayor diversidad en recursos naturales (especialmente florísticos) y cuenta con una riqueza singular en cuanto a recursos gastronómicos. Sin embargo, presenta también el mayor número de municipios de muy alta marginación del país, uno de los índices más altos de expulsión demográfica, zonas con deterioro ambiental irreversible y conflictos sociales y políticos permanentes.

La pretensión gubernamental sobre la interculturalidad en Oaxaca, más discursiva que práctica, no ha logrado a la fecha unas relaciones más equitativas entre los diversos sistemas de atención, ni el reconocimiento de la cosmovisión de los diferentes grupos étnicos, ni ampliar el acceso a servicios públicos de salud, ni la disminución significativa y sostenida de ciertos indicadores epidemiológicos como la mortalidad materna, la desnutrición infantil o la presencia de enfermedades transmisibles y evitables. Respecto de la cuestión alimentaria, los datos más recientes aparecidos en la *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición* (ENSANUT 2006) indican que los menores de 5 años con bajo peso en Oaxaca superan en más de 2,5 puntos porcentuales el promedio nacional y casi duplican el porcentaje nacional de baja talla (reflejo de desnutrición crónica pasada), mientras que los adultos oaxaqueños muestran la proporción más baja de sobrepeso y obesidad en el territorio nacional, aunque 6 de cada 10 habitantes del estado presentan estos problemas. De modo que lo hecho hasta el momento es aún insuficiente y las propias autoridades de salud reconocen la urgencia de establecer programas para mejorar las condiciones de vida, de salud y de nutrición de estos grupos sociales.

En este marco, el equipo del CECIPROC ha realizado múltiples actividades y programas que han sido sistematizados y divulgados en diversas publicaciones (Peláez *et al.* 1993; Ysunza *et al.* 2002, 2004,

2006, 2007, entre otros). En esta ocasión nos referiremos a tres de ellas, las cuales pueden ejemplificar el abordaje sobre la alimentación en contextos interculturales.

Rescate Culinario

Esta actividad, que se ha desarrollado desde los inicios del Centro, tiene como propósito recuperar recetas de platos típicos locales y regionales mediante procesos de investigación-acción, en los cuales las voces de las protagonistas de las cocinas familiares y comunitarias se tornan primordiales. Mediante talleres interactivos, se capacita a los grupos de mujeres reconocidos por las propias comunidades para que investiguen y rescaten las recetas, así como los procesos de selección, cocción y conservación que se utilizaban "antes" y los que se utilizan actualmente. Se sistematiza la información colectivamente para elaborar recetarios regionales. En los talleres interactivos se preparan colectivamente los alimentos, se degustan y se someten a concurso mediante técnicas participativas. Los criterios de selección de los platos se basan en sencillas aplicaciones de los tres grupos de alimentos (proteínas, vitaminas/minerales, energías), elaboración de menús completos con productos locales, cálculo de costos, "gusto" cultural, que incluyan el maíz que es el alimento de consumo básico en su dieta habitual. En esta actividad, por tanto, se busca el reconocimiento mutuo de las prácticas alimentarias, la valoración social de quienes preparan y sirven las comidas y la convicción de que con productos locales puede construirse un menú adecuado a las necesidades nutricionales y culturales de la población.

Centro de Recuperación Nutricional

En la actualidad, el ceciproc ha promovido la construcción de dos centros, uno en la sierra y otro en la costa. Ambos tienen el propósito de rehabilitar a niños y niñas menores de cinco años que presenten algún grado de desnutrición, mediante la elaboración de platos nutritivos con alimentos disponibles en el

medio local, de acuerdo a sus preferencias culturales. Los centros funcionan diariamente, y son atendidos por las madres de algunos de los menores en rehabilitación, quienes, en colaboración con la promotora comunitaria, preparan un plato diferente cada día y elaboran colectivamente un recetario específico para ofrecerles, además de llevar el seguimiento sistemático del impacto de estos alimentos sobre el estado nutricional de los menores. Por medio de esta actividad se logra tanto la recuperación nutricional imprescindible para el desarrollo infantil, como el reconocimiento de que es la comida disponible de acuerdo al gusto y la costumbre local la que mejora la salud de los menores (el poder terapéutico de la comida), evitando así que la única opción de recuperación sea la atención médica/clínica, la cual, por lo demás, resulta inaccesible en la mayoría de los casos.

Sanitarios Ecológicos (EcoSan)

Los sanitarios secos se enmarcan en un enfoque más integral del saneamiento ambiental, en particular respecto a la gestión sustentable del agua en el ámbito local y planetario. Se trata de sistemas de gestión de aguas residuales que consisten básicamente en reciclar el agua y los nutrientes, como una alternativa integral a los sistemas de saneamiento convencionales. A fin de simplificar la desinfección de las excretas, se utiliza una taza con doble cámara para separar la orina de las heces fecales; la orina se almacena y posteriormente se utiliza diluida para fertilizar los campos, mientras que las heces se almacenan en cámaras secas, donde se las desinfecta añadiéndoles una mezcla de cal y ceniza para acelerar su desecación. Con posterioridad se obtiene una materia orgánica libre de toda clase de parásitos, sin olor, que se utiliza como abono casero. Es decir, se cierra el ciclo entre el saneamiento y la agricultura, ya que las excretas humanas son recicladas de manera segura para fertilizar la tierra y cultivar alimentos sin contaminar el agua, contribuyendo al saneamiento ambiental sustentable, a proteger la salud y la nutrición con la producción de alimentos de

huerta casera de muy buena calidad para el consumo doméstico o para su venta en el mercado local.

La mayor parte de las familias de las comunidades en las que se han implementado estos sistemas los consideran apropiados culturalmente, económicamente accesibles y comienzan a reconocer su aporte a la protección ambiental. Si bien el EcoSan constituye una tecnología *ajena* desde el punto de vista cultural, el trabajo del equipo de CECiPROC se ha encaminado a estudiar las valoraciones sociales y culturales de las familias y las comunidades en relación a la limpieza/suciedad y los fluidos corporales, para comprender más profundamente el punto de vista de los actores sociales a quienes se propone esta estrategia intercultural de mejoramiento nutricional y ambiental, para incorporar algunos de estos elementos tanto en el diseño tecnológico como en los contenidos temáticos de los talleres informativos y de capacitación del EcoSan.

Así, el equipo de trabajo del CECiPROC no sólo atiende actividades técnicas específicas, sino que pone en práctica cotidianamente una serie de intercambios culturales en un esfuerzo de observar-escuchar-aprender-respetar-interpretar las otras culturas y la suya propia.

Para concluir

La interculturalidad, como aspiración de equidad en las relaciones sociales contemporáneas, es el camino trazado en las propuestas democráticas en torno

a la vida comunitaria y particularmente respecto de la alimentación. Sin embargo, las rutas para lograrlo están colmadas de obstáculos, encabezados fundamentalmente por los sectores poderosos de la industria alimentaria transnacional, pero también por el sistema médico hegemónico que medicaliza todas las dimensiones de la vida social, juzgando negativamente las prácticas y representaciones alimentarias de los grupos subalternos.

Una comprensión integradora de la alimentación implica reconocer que la comida no se reduce únicamente a una cuestión de *dietas* o de alimentos adecuados y nutritivos, sino que implica también una distribución equitativa de recursos para el desarrollo, el diseño de intervenciones eficaces que consideren el punto de vista *emir* en profundidad, la sensibilización/capacitación del personal de salud en la interculturalidad, etc. Entonces, parecería que para entender el proceso y formular propuestas en torno a la alimentación en contextos interculturales, el camino se diseña y recorre colectivamente, en equipos interdisciplinarios e interculturales que se aventuran cotidianamente a poner en práctica una regla básica de la democracia: el reconocimiento de la *otredad* (investigador, sujeto, pensamiento, acercamiento, problema de investigación, intervención comunitaria) como un *par* con un mismo propósito, que no es otro que el de contribuir, desde múltiples puntos de partida, al mejoramiento de las condiciones de vida, de salud y de nutrición de todos los sectores y grupos sociales.

Bibliografía

AMMFEN

1996 *Los nutriólogos en México: seguimiento de egresados*. México, D. F.: Trillas.

Bonfil, G.

2006 *Diagnóstico sobre el hambre en Sudzal, Yucatán. Un ensayo de antropología aplicada*. Clásicos y contemporáneos en antropología. México, D. F.: CIESAS, UAM, U. Iberoamericana (1a ed. 1962).

Carrasco, S.

2002 *Somos lo que comemos: estudios de alimentación y cultura en España*. Barcelona: Ariel.

Contreras, J. y M. Gracia

2005 *Alimentación y cultura. Perspectivas antropológicas*. Barcelona: Ariel.

Crehan, K.

2004 *Gramsci, cultura y antropología*. Barcelona: Bellaterra.

De Garine, I.

2002 "Los aspectos socioculturales de la nutrición". En: Jesús Contreras (comp.), *Alimentación y cultura, necesidades, gustos y costumbres*. Barcelona: Ed. Alfaomega y Universitat de Barcelona: 129-170.

Douglas, M.

2002 "Las estructuras de lo culinario". En: Contreras (comp.), *Alimentación y cultura*. Barcelona: Ed. Alfaomega y Universitat de Barcelona: 171-198.

ENSANUT

2006 *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. México, D. F.: Instituto Nacional de Salud Pública.

Farr, R.

1994 "Representações sociais: a teoria e sua história". En: Guareschi y Jovchelovitch (orgs.), *Textos em representacdo social*. Petrópolis: Vozes 31-62.

Gracia, M. {en el texto se cita Gracia 2007}

1997 *La transformación de la cultura alimentaria. Cambios y permanencias en un contexto urbano: Barcelona 1960-1990*. Madrid: Ministerio de Educación y Cultura, Secretaría de Estado de Cultura.

Jodelet, D.

1984 "La representación social: fenómenos, conceptos y teoría". En: Moscovici, *Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. Barcelona, Buenos Aires y México, D. F.: Paidós.

Menéndez, E. L.

2005 "Intencionalidad, **experiencia** y función: **la articulación de los saberes médicos**", *Revista de Antropología Social* 14: 33-69, Madrid.

Menéndez, E. L. y R. B. di Pardo

1996 *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*. México, D. F.: CIESAS.

Osorio, R. M.

2001 *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México, D. F.: CIESAS, INAH e INI.

Peláez, M. L., P. Torre y A. Ysunza

1993 *Elementos prácticos para el diagnóstico de la desnutrición*. México, D. F.: INNSZ, CECIPROC.

Vargas, L.

(s/f) *La aplicación de la antropología de la alimentación en contextos interculturales*. Disponible en: <http://www.fmvz.unam.mx>

Ysunza, A., M. E. Martínez, S. Díez-Urdanivia y L. López

2007 "Closing the loop: Promoting the use the dry toilet and human excreta to save water and produce food at family level in rural Mexico". International Conference in Sustainability Sanitation, Dongs-heng, China.

Ysunza, A., M. E. Martínez, S. Díez-Urdanivia y L. López

2006 "Use and maintenance of dry toilets **as a result** at the community perceptions on the management of human excreta in rural Mexico". 2^a International Dry Toilet Conference, Tampere, Finlandia.

Ysunza, A., L. Espinosa, G. Romero y S. Díez-Urdanivia

2004 "Evaluación **diagnóstica nutricional por regiones en preescolares** de Oaxaca: estudio comparativo", *Nutrición Clínica* vol 7 N° 3.

Ysunza, A., S. Díez-Urdanivia, S. J. Leyva, M. E. Martínez, L. López y M. A. Martínez

2002 "La capacitación-acción participativa con promotores comunitarios de salud: prioridad para el desarrollo rural". En: García Viveros, Botey y Valdés (coords.), *Modelos para la implantación de proyectos productivos, de salud y educación en América Latina*. Oaxaca, México: FUNSALUD/Glaxo Smith-Kline.

Ysunza, A. (coord.), V. M. Salas *et al.*

1995 *¿No que no?: Una experiencia con promotores comunitarios de salud en Oaxaca*. México, D. F.: CECIPROC e INNSZ.

MÓDULO
DERECHOS HUMANOS Y ÉTICA MÉDICA

LA ÉTICA, LA INTERCULTURALIDAD Y LOS DERECHOS HUMANOS PARA LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

Adriana Ruiz Llanos

... me quedé quieto, no me movía, no podía respirar, ni abrir mucho los ojos, para que creyeran que ya estaba muerto. Oía y sentía las balas casi rozando mi cabeza, pero en ratos abría así apenas mis ojos y los pude ver y saber quienes eran. Mataron a mi mamá, mi papá, mi tío y tres mis hermanos. Un amigo me dijo, "yo te doy arma para que te puedas vengar" y aunque tengo mucho dolor no quise, no quiero ser como "ellos" (los paramilitares).

En ese entonces, David tenía 13 años cuando sobrevivió a la masacre de su familia y parte de su comunidad en Acteal, municipio de Chenalhó, Chiapas, en el contexto de la violencia de la guerra de baja intensidad (GBI). Adolescente inteligente de mirada vivaz y negrísimos ojos, agilidad notable al jugar volibol, tejedor en el telar de pie, para elaborar la falda indígena. Su imagen que ahora mismo evoco, es la del tiempo en que vivía yo en su campamento de desplazados, para atender el área médica, es en su traje blanco hilado en telar de cintura, introvertido y trabajador, profundamente religioso, observador y respetuoso "del costumbre", mi maestro en el corte de café.

Ahora, le cuesta trabajo estar quieto, bocabajo, y los ojos cerrados, como requisito necesario durante las sesiones de radioterapia en su lucha nuevamente por la vida, ante la cercanía de la

muerte, pero en esta ocasión, en forma de neoplasia cerebral...

DIARIO DE: CAMPU DIE LA AUTORA
CIUDAD DE MÉXICO, AGOSTO De 2009

Introducción

Antes y durante la preparación del presente escrito, se dieron una serie de acontecimientos relacionados con la masacre de Acteal, con la identidad comunitaria, con la intolerancia y la injusticia, con los dilemas éticos y la violación de los derechos humanos.

Los jueces de la Suprema Corte de Justicia decidieron eximir a los acusados del crimen de lesa humanidad perpetrado en Acteal por irregularidades en el proceso, sin importar la culpabilidad (o supuesta inocencia) de los agresores e ignorando los numerosos testimonios de los sobrevivientes de la sociedad civil, aglutinados en la entidad Las Abejas, una agrupación católica de orientación pacifista.

El dictamen del organismo judicial, favorable a los victimarios, nos produjo inicialmente una sensación de desaliento, de dolor y de impotencia. Además, sufrir la indignación junto con Catarina (huérfana desde aquel entonces, sometida a cuatro

cirugías ocasionadas por las balas), con Jerónimo (cuyas múltiples operaciones quirúrgicas para intentar hacer funcional su brazo lesionado lo mantienen en constantes ingresos a los hospitales), con Mariano (...) Y la lista se alarga y cada una de las víctimas tiene su propio testimonio, su dolorosa historia...

Y a pesar del duelo, mantienen su lucha por la vida. El propio David, con heridas no del orden físico durante el ataque, pero igual de traumáticas, sin tratamiento, no indemnizables por no ser "visibles", sigue luchando ahora por mantener su vida a pesar del cáncer destructor.

Muchos de ellos, pacientes míos en algún momento y todos amigos entrañables, han experimentado la violencia extrema, sin acogerse a programas oficiales que pretendan debilitar o suplantar su sed de justicia, que sólo puede ser satisfecha con el castigo a los autores materiales e intelectuales de la masacre.

Todos estos sucesos recientes deberían hacernos reflexionar sobre nuestro quehacer médico profesional pero también sobre el imperativo ético que debe existir en las instituciones estatales y en las políticas públicas. Por todo ello, y como siempre, su palabra, la palabra de los que conforman esta maltratada comunidad tsotsil, ha estado y estará presente en las siguientes reflexiones sobre la ética en contextos interculturales.

La identidad y el respeto

En el permanente quehacer orientado a la protección de la salud en un mundo cada vez más globalizado, se vulnera a menudo la integridad biológica y la identidad sociocultural de las personas. El desarrollo de la ciencia médica y sus beneficios requieren de cauces efectivos para ser accesibles en sociedades pluriculturales cuya existencia obliga, por una parte, a que las decisiones sobre preceptos de derecho, programas de gobierno y académicos logren equilibrar las aspiraciones y convicciones de las mayorías y el respeto y *tolerancia positiva* que no consiste sólo en "soportar" a los que son diferentes.

En nuestros países americanos, los diversos pueblos originarios han sido históricamente objeto de discriminación, como afirma J. Page:

Bajo el presupuesto de la igualdad de todos los individuos ante la ley, la sociedad y el mercado, erradicar, ahí donde fuese necesario, todo resabio de cultura mesoamericana, no reconociéndose formalmente las diferencias raciales ni culturales (2002: 23).

Por ello, es necesario llegar a acuerdos mínimos, un punto de partida para construir soluciones ante preocupaciones compartidas. Dichos acuerdos deben estar fundamentados en la ética, la bioética, los derechos humanos y la interculturalidad, entre otros aspectos que favorezcan el respeto a la identidad en su sentido más amplio. Como dice Del Águila,

Tal mínimo moral, fundamento de los derechos humanos se parece mucho más a una toma de postura política que decida incentivar en el interior de todas las culturas (las demás y la nuestra) aquellos rasgos que tienden a desarrollar una cultura de los derechos humanos y a restringir aquellos otros rasgos que, no importa cuán incardinados o cuan tradicionales resulten ser, militan contra esa nueva cultura de los derechos (2001: 34).

Los pueblos originarios, los migrantes, los refugiados, los desplazados, las personas con opciones sexuales diversas, etc., constituyen, en el escenario actual de pluralidad, un desafío en materia de procuración de justicia. De allí la necesidad de lograr acuerdos contruidos sobre la base del respeto para evitar vulnerar los derechos humanos, dentro del marco regulatorio constitucional, en sintonía con el derecho consuetudinario y en apego a los instrumentos internacionales en cada materia, reconocidos y suscritos por nuestros Estados. Por consiguiente, estos acuerdos, de aplicación obligada, serán de rango superior a todas las normas previas, posibilitando el más alto grado de condiciones para una vida digna.

En este contexto, Tomassini (2000: 16) afirma que "Existe un control por parte del Estado frente a los individuos, y es posible que las instituciones no sepan autolimitarse, pudiendo hacer mal uso del poder".

Ampliación de miradas

Es evidente la necesidad de una estrategia teórica que amplíe el horizonte para abordar los asuntos de salud que hoy nos preocupan y nos ocupan, que permita "un acercamiento transdisciplinario, aunque ciertamente preliminar; colocar en la mesa de discusión, la ampliación de miradas" (Valencia s/f).

Se precisa la aportación de los puntos de vista propios y específicos de distintas disciplinas para intentar resolver la cuestión. El propósito de la transdisciplinariedad que "...se funda en la certeza de que el conocimiento antes descrito como un fundamento o estructura lineal hoy debe pensarse como una red o malla con múltiples nudos de conexión". Y en esta nueva propuesta de conocimiento, prevalecen los procesos de "pluralidad, relacionalidad, diálogo, interacción y negociación" (Thompson s/f).

Asimismo, es imprescindible evitar que todo esto quede en el plano meramente discursivo y plantearlo, en cambio, como posibilidad viable y práctica para la reflexión, el análisis y la comprensión de problemas añejos y nuevos fenómenos emergentes. Como señala el filósofo español F. Savater, se trata de acercarnos al hombre en términos biológicos pero también simbólicos:

Es indudable que los filósofos, en el mejor de los casos, tratan de ocuparse de manera laica de lo mismo que preocupa a sacerdotes y teólogos. Uno y otro se plantean preguntas no instrumentales, que no pueden ser zanjadas por ninguna respuesta que nos permita despreocuparnos de ella y pasar a otra cosa (como ocurre en el caso de la ciencia) y que no se refieren a cómo podemos "arreglarnos" con las cosas del mundo, sino a lo que somos y a lo que significa ser como somos (2007: 16).

El respeto al ser humano en la diversidad encuentra su fundamento en la ética y en los mitos y leyendas de las diferentes culturas, generando así una fuerza propiciatoria para la convivencia humana. Una estrategia intercultural propositiva es el puente articulador mediante el cual se concreta la

relación de intercambio horizontal con el *otro*, con un pertinaz e irrenunciable objetivo: no perpetuar el modelo de dominación y subordinación.

Por ello es imprescindible procurar de manera permanente entender (o cuando menos conocer), antes que condenar, las múltiples expresiones de resistencia y/o hibridación de parte de las poblaciones. Dichas expresiones constituyen más bien un esfuerzo constante de los individuos y de las colectividades frente a los intentos homogeneizantes sobre sociedades plurales y dinámicas. En el entendido de que son respuestas que se han ido modelando conforme al momento histórico y la intensidad de la intolerancia. Desafortunadamente, intolerancia y discriminación como formas de exclusión están presentes en el diseño de políticas sanitarias y en la relación médico paciente. De modo que, como anota Molina (2000: 8), "Las consecuencias de la emergencia de la intolerancia en la sociedad devastan su propio seno y, en un mundo global, amenazan su integridad".

Acerca de la identidad

La persistencia de todo tipo de problemas de discriminación de la que son objeto determinadas poblaciones marginadas no es visible en las estadísticas, a pesar de la magnitud de las inequidades. Los pueblos originarios de Mesoamérica (y de los Andes) compartían conocimientos y prácticas comunes que los articulaban y caracterizaban, con gran capacidad generadora de conocimiento en todos los campos y que han trascendido en forma significativa. Tales regiones no se encontraban exentas de la problemática asociada al fenómeno de la identidad. S. Molina se refiere a la cuestión en los siguientes términos:

... la sociedad constantemente trata de fijar pausas de identidad y diferenciación. Sin embargo, la relación entre identidad y diferenciación suele deslizarse hacia la sobrevaloración del punto de vista personal y el rechazo o intolerancia de lo que es distinto o no concuerda con los valores y las expectativas personales (*ibíd.*).

La identidad surge a partir de la particular manera de cada observador para percibir la realidad; así, la identidad es el referente de toda diferenciación.

El observador

selecciona lo que va a observar y conduce sus observaciones de manera sesgada a partir de su propio interés o desinterés, experiencia o inexperiencia, conocimiento o desconocimiento o ignorancia, expectativas o convicciones (*ibíd.*).

De este modo, el encuentro de diversas identidades deviene en un elemento fundamental cuando se trata de entender las relaciones de tolerancia e intolerancia: *¿Juega algún papel la inseguridad que se coloca en relación directa a la intolerancia?* Por ejemplo, podemos observar este fenómeno en el caso de invasiones u ocupaciones militares en países ajenos, los movimientos migratorios, la situación de los desplazados y refugiados ya sea por causa de violencia estructural o lucha armada, la persecución política, etc. La población receptora genera respuestas ante la llegada de otras poblaciones que permanecerán por periodos de tiempo variables.

Aún en nuestros días podemos constatar que la identidad de muchos pueblos originarios se cimienta en la relación armoniosa con la naturaleza y con sus dioses. Se trata de una relación compleja en la que el cumplimiento de la función de cada uno es esencial para mantenerla. El mantenimiento de esta armonía adquiere gran importancia, pues constituye el fundamento para que la vida se despliegue, lo cual implica el respeto. No había dioses autoritarios, ya que cada elemento, cada actor social, cumple una función que repercute en todos los demás.

La fractura de la cosmovisión originaria por la imposición de creencias ajenas provoca complejos procesos de adecuación como la hibridación y la resistencia, en el permanente caldo de cultivo que es el conflicto.

El interés de los pueblos originarios en preservar parte de sus propios referentes culturales se manifiesta, sobre todo, en el espacio ritual. Cuando la estrategia de conquista violenta incide en este ámbito

y se dirige a las formas rituales, cuyos significados están representados por una enorme riqueza de signos, la reacción frente a tal embate es ampliamente conocida en el registro histórico. El resultado está marcado por la hostilidad, la amenaza a la identidad y la franca falta de respeto a la diferencia. Una estrategia interesante es la que se observa en varias culturas originarias: nos referimos al surgimiento de personajes que asumen la resistencia y la defensoría frente a las actividades violentas y discriminatorias del grupo dominante. Han tenido que pasar muchos soles y muchas lunas, como dicen los originarios, para ir aprendiendo que aquel que no se comporta según los parámetros homogeneizantes no es el enemigo al que hay que combatir.

Recordemos la importancia de los mitos entre las poblaciones recién "descubiertas", y el papel de éstos en la resistencia y en la lucha por su permanencia como pueblos.

Durante los siglos XIX y XX eclosionan en América Latina movimientos de resistencia de nuevo tipo; movimientos de independencia y revolución que marcan hitos fundamentales en el desarrollo de estrategias orientadas a dar respuesta al nuevo escenario sociopolítico y económico para la conquista de libertades elementales y la construcción de relaciones más justas. Reformas agrarias, reformas constitucionales, construcción de liderazgos de los históricamente discriminados, para romper de manera contundente y definitiva la subordinación desde la Colonia hasta nuestros días. Todo ello apunta, en última instancia, a eliminar los obstáculos que se oponen al ejercicio pleno de sus derechos ciudadanos.

En este contexto de múltiples y profundas transformaciones no es razonable suponer que los procesos de salud, enfermedad, atención y muerte puedan permanecer como fenómenos aislados y ajenos a la dinámica general.

En las nacientes sociedades republicanas, la cuestión de mantener o recuperar la salud requirió de la elaboración de respuestas que, acertadas o no (incluidas las omisiones), repercutieron de manera

diferencial sobre la vida de la población. Tales repercusiones han sido registradas desde un amplio abanico de abordajes en la historia general del país, y particularmente desde la historia de la medicina, la antropología médica, la antropología jurídica, la sociología médica y la salud pública, con un sentido crítico que evita caer en la folklorización, la idealización y la complacencia.

Derechos humanos y salud

La opción de trabajo compartido con personas excluidas de los beneficios de los avances tecnológicos y de la vanguardia en la investigación y las políticas estatales de salud (ya sea en el ámbito urbano, en el suburbano o el rural) exige en un principio el ser autodidacta, debido a la ausencia de la orientación sociocultural en la malla curricular universitaria.

Más tarde, el aprendizaje y la cosmovivencia (entendida como la convivencia personal, directa y cotidiana con personas y colectivos en relación frecuente con su cosmovisión, y que deciden compartir su saber ancestral en un marco de respeto mutuo) nos brindaron visiones integradoras de la experiencia humana relativa al estar sano, enfermar o morir. En todo caso, el proceso articulador para entender y potenciar las acciones ha sido la búsqueda desde otras disciplinas.

Pero ante todo, y sobre todo, a partir de la experiencia acumulada por la insoportable, ofensiva e injusta relación que diversas instituciones sociales, el Estado, el personal de salud y los militares establecen con el que es diferente, en descarada consolidación del esquema de dominio y reforzando la subalternidad. La mal entendida neutralidad médica y las omisiones respecto de la responsabilidad ético-política que -con carácter de obligatoriedad- tienen el Estado y sus instituciones para la procuración de justicia en el área de la salud resultan insoslayables. Por ello, son inaplazables las urgentes transformaciones que nos alejen de la cómoda inercia cotidiana.

La emergencia del zapatismo, y su repentina irrupción en la escena mexicana durante los primeros días de enero de 1994, complicó enormemente el trabajo de atención médica en las regiones montañosas debido a los desplazamientos poblacionales internos provocados por la violencia militar, la persecución y la paramilitarización (Ruiz 1980-2009). El recrudecimiento de la guerra de baja intensidad (GBI) llegó a un clímax de violencia con un suceso tan deplorable como el acaecido en Acteal el 22 de diciembre de 1997, donde hubo un saldo de 45 muertos, múltiples heridos en lo físico y emocional y una larga cadena de injusticias que subsisten hasta la actualidad.

Hechos de este tipo han representado y representan una agresión a los derechos humanos fundamentales, potenciando la histórica violencia estructural que se venía viviendo en territorios de población predominantemente originaria, la cual cobró (y continúa cobrando) numerosas vidas hasta el día de hoy. Los derechos humanos de los indígenas y del personal de salud de varias ONG fueron violentados de manera reiterada, aun en el marco del supuesto respeto a los organismos internacionales de ayuda humanitaria.

De los sueños al trabajo

Una estrategia intercultural de gran utilidad en los Altos de Chiapas fue la organización de un taller para compartir los sueños, pues posibilitó la reafirmación de la identidad cultural de los participantes, propició la cohesión entre todos ellos en torno a una preocupación común y motivó finalmente el compromiso de trabajo grupal:

... en un campamento maya de desplazados en la montaña en México, consistió en preguntar a los promotores indígenas tsotsiles de salud (PRS) el porqué se dedicaban entre otras cosas a los asuntos de la salud y la enfermedad, ¿qué les hizo tomar ese camino? Todos hicieron alusión a los sueños. Estos eran el medio por el cual se aclaraban las dudas, favoreciendo la toma de decisiones, calmando los temores para aceptar nuevas res-

ponsabilidades. Ya sea en la figura de autoridades antepasadas del ámbito religioso católico, religioso tradicional o la presencia de animales como el *tsunun* (colibrí) o un *bolom* (jaguar), personajes y animales que comunicarán a la persona que sueña, que es la elegida para atender problemas de salud. Algunos de ellos tuvieron el sueño "de por sí" y se involucraron en la atención de enfermos, otros experimentaron el sueño después de haber sido elegidos por la asamblea comunitaria y sus *amtel'etik* (autoridades), y si acaso hubiese habido algún resquicio de duda, el sueño la aleja. El cargo se asume y el reconocimiento comunitario se otorga (Ruiz 2001).

Entonces, los sueños, el trabajo comunitario y el aprendizaje de los elementos básicos de la biomedicina están interrelacionados. Así, en el terreno de la medicina, la tecnología y la ciencia proporcionan información y aclaran dudas relacionadas con el control de enfermedades infecciosas y con la prolongación de la vida. Pero también resulta innegable que, en sociedades multiétnicas y pluriculturales, el dominio exclusivo de la biomedicina inhibe el desarrollo de capacidades y estrategias interculturales del personal sanitario, y sucede algo similar con la aplicación de los beneficios de las políticas públicas de salud. Análogamente, ésta es la causa por la que en algunos países latinoamericanos no exista una estrategia oficial que vincule dichas políticas con los derechos humanos, la ética y la interculturalidad.

El concepto de derechos humanos

Al referirnos a los derechos humanos (DD HH en adelante), tomamos la definición propuesta por la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) de México, que hace alusión

... al conjunto de prerrogativas inherente a la naturaleza de la persona, cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral del individuo que vive en sociedad jurídicamente organizada. Estos derechos, establecidos en la Constitución y en las leyes, deben ser reconocidos y garantizados por el Estado.

Se ha establecido la siguiente clasificación y tipología de los DD HH:

- i. Clasificación de acuerdo a la naturaleza del derecho:

Derechos civiles y políticos: como el derecho a la vida, a la libertad, a la seguridad personal, la participación política y otros.

Derechos económicos, sociales y culturales: aquellos que se refieren a las condiciones para una vida digna, como la educación, la salud, el trabajo, la protección social.

Derechos de los pueblos, se refiere a la protección de las naciones o pueblos, en tanto unidades culturales que habitan un territorio, como los pueblos indígenas (derecho a la paz, autodeterminación, desarrollo sostenible).

- ii. Tipología de los DD HH de acuerdo a quién los ejerce o reivindica

Derechos Individuales, en relación a los intereses personales del ser humano y los ejerce cada persona.

Derechos Sociales, en relación a los intereses colectivos o de grupos sociales.

La tarea de protegerlos corresponde a toda la sociedad, pero especialmente al Estado, por mandato constitucional, y por tanto obligatoria para las autoridades gubernamentales en ejercicio de sus funciones públicas. En última instancia, la responsabilidad es tripartita: ciudadanos con participación activa, el Estado por medio de la expedición de leyes, políticas públicas y programas específicos, y los organismos que trabajan en el ámbito jurídico internacional, a través de múltiples instrumentos como pactos, convenios, tratados, protocolos y declaraciones. Estos últimos son de carácter obligatorio para los gobiernos que los suscriben y ratifican.

La característica fundamental de los DD HH es el cumplimiento paulatino de las obligaciones del poder público encaminadas a lograr el bienestar común para superar la desigualdad, la pobreza y la discriminación, únicamente posibles en una situación de justicia, paz y libertad.

Es innegable la necesidad, la utilidad y aplicabilidad de esta perspectiva de DD HH en la formación y capacitación los trabajadores de la salud, pues existen antecedentes históricos de conflicto en las relaciones entre medicina y derecho, entre servidores públicos y comisiones de DD HH, entre pacientes y personal de salud.

Una instancia de gran utilidad en México es la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), espacio de conciliación entre médicos y pacientes con ubicación urbana y que aún tiene una baja cobertura. Pero la ausencia de la perspectiva de los DD HH en la formación universitaria, concretamente en el currículo de las carreras de medicina, enfermería y profesiones afines, resulta insostenible.

No obstante, algunas pequeñas experiencias han suscitado interés, han motivado el interés en la investigación y han estimulado la reflexión de distintos actores sociales:

- El inicio extraoficial de la temática de DD HH en el espacio del área de Ética Médica de la Facultad de Medicina de la UNAM.
- La creación de un Seminario Permanente de Derechos Humanos y Salud, bajo el auspicio de la Cátedra UNESCO de DD HH en la UNAM, dirigido por la Dra. Gloria Ramírez. Su primera actividad consistió en la organización de la mesa redonda "Buenas prácticas en la profesión médica", con la participación de médicos, antropólogos, salubristas, estudiantes de medicina, eticistas, etc.
- La apertura de otros centros académicos y de investigación a la perspectiva de los DD HH en forma de maestrías, diplomados y seminarios, materias opcionales, a veces sin una relación directa con la salud, pero no por ello menos importantes.
- Algunos comités de ética clínica en hospitales

ya cuentan con miembros profesionales formados en el campo de los DD HH.

Relaciones entre derechos humanos y salud

El trabajo en el ámbito de la salud implica una labor permanente respecto de los DD HH, ya que todos ellos, bajo una concepción integral, repercuten en el estado general de la salud.

Las siguientes relaciones propuestas por J. Mann y S. Gruskin (1999: 2) son muy claras; cada una enfoca un aspecto particular de esta interrelación crítica.

SALUD / DERECHOS HUMANOS

Relación 1a. Impacto potencial de políticas, programas y prácticas de salud sobre los DD HH. Reconocer la complementariedad de objetivos de salud con normas de DD HH para propiciar políticas en salud y programas más efectivos. Reto: negociación equilibrada para alcanzar un nivel óptimo entre promoción y protección de DD HH y salud.

SALUD / DERECHOS HUMANOS

Relación 2a. Expresa la idea de que las violaciones o la falta de cumplimiento de alguno o todos los derechos humanos tienen efectos negativos en la salud. Esto es válido en tiempos de paz, periodos de conflicto y de represión política extrema.

SALUD > DERECHOS HUMANOS

- Relación Y. Basada en la idea de la conexión íntima entre ambos campos. La idea central del movimiento por la salud y los DD HH es que actúan en sinergia. La promoción y protección de la salud

requiere esfuerzos explícitos y conceptuales para promover y proteger los DD HH y, por ende, la dignidad. Asimismo, una vigencia plena de lo; DD HH exige poner gran atención a la salud y sus determinantes sociales. Hasta aquí Mann y Grustcin.

De esta manera, un diálogo necesario y fructífero es el ya iniciado en forma explícita entre salud y DD HH, y se refiere al acceso a la atención de la salud, o frente a un daño evidente a la salud, en tanto manifestación inicial del abuso de un derecho humano como la tortura.

La perspectiva de DD HH ya está integrada en el análisis y las propuestas de los organismos internacionales y, además, la salud forma parte de los derechos económicos sociales y culturales (DESC).

El derecho a la salud es incorporado en todas las generaciones de derechos. Los derechos de Primera Generación, resguardan la salud del individuo; los de la Segunda Generación, obligan al Estado a proveer servicios y acciones de salud en el espacio individual y colectivo. Los de la Tercera Generación, incluye nuevos paradigmas que pennean la intersectorialidad y transdisciplinariedad del sector salud, instando a la discusión de asuntos éticos (Castañeda 2006: 62).

Interculturalidad

En esta tarea continua de crear condiciones favorables para el ejercicio de los derechos humanos dentro de la complejidad de políticas públicas en salud, entendemos la interculturalidad como una propuesta de diálogo, intercambio y complementariedad que -bajo el lema de la unidad en la diversidad- apunta hacia la articulación de las diferencias pero no a su desaparición (López 2006: 173).

Es necesario distinguirla de la pluriculturalidad y de la multiculturalidad, por que no se trata de un término descriptivo sino propositivo, que surge después de un proceso de análisis de relaciones desiguales respecto de pueblos originarios y afrodescendientes. Se conforma como alternativa al mestizaje

homogeneizante, uniformador e integracionista de las políticas estatales. Tiene un fuerte impacto en el desarrollo de la educación, cuyos "antecedentes [se encuentran] en los aportes de las ciencias sociales latinoamericanas desde hace casi tres décadas".

La interculturalidad hace referencia a la diversidad cultural, "conceptualiza esa diversidad" y "desarrolla prácticas relacionadas con esa diversidad en la sociedad y sus instituciones sociales" (*op. cit.*: 173). Así, un aspecto relevante de la interculturalidad propositiva es que no sólo "reconoce" sino que actúa, y por tanto es una meta deseable.

La salud de los pueblos originarios, un derecho humano postergado

El binomio indígena-pobreza es un complejo histórico, como lo fueron también la violaciones a sus DD HH fundamentales. Numerosas instituciones gubernamentales, programas, comisiones, se han encargado de "protegerlos" o "ayudarlos", siempre en una relación subordinada.

Entre los aspectos que es necesario investigar en el marco del trabajo para la salud con pueblos originarios está la cuestión de ¿qué entienden ellos por salud? Y una de las respuestas de mayor relevancia fue la que ofreció una anciana de origen maya tsotsil: "Que esté contento mi corazón" (Ruiz 1999). En un taller de salud indígena realizado en Ecuador en 1995, el colectivo concluyó que salud es: "la convivencia armónica del ser humano con la naturaleza, consigo mismo y con los demás, encaminada al bienestar integral, a la plenitud y tranquilidad espiritual, individual y social" (Rojas 2006 : 62-63).

Como podemos apreciar, los indígenas consideran la salud como un asunto de dimensión colectiva, relacionada con el entorno ecológico, socio-cultural, económico, político, espiritual y emocional, y sólo así, el corazón estará contento. Aunque en ciertas comunidades indígenas en resistencia (zapatismo, pueblos mapuches y otros) la salud es un problema

de todos, en las comunidades beneficiarias de programas institucionales, la salud es un problema del gobierno; y en las comunidades divididas, la salud es un problema de nadie.

Es cierto que existen instrumentos legales constitucionales e internacionales que reconocen y promueven los DD HH y la salud indígena, como el Pacto de San José, el Protocolo de San Salvador, 1988; Convenio 169 de la OIT, 1989; Resolución V e iniciativa SAPIA de la OPS, 1993; y en forma reciente, la Declaración Universal de Derechos de los Pueblos Indígenas, entre otros (2006: 63-74). Sin embargo, el problema que se nos plantea ahora es su debido cumplimiento por los gobiernos respectivos.

Una práctica social que se ha constatado dentro de las organizaciones originarias es la formación de promotores de derechos humanos indígenas. Reconocidos por la comunidad como "nuestros abogados indígenas", apoyan a sus autoridades locales en la resolución de problemas concretos, recurriendo cada vez más a los instrumentos y mecanismos nacionales e internacionales para ejercer sus derechos. Instrumentos de los que se han venido apropiando, a partir de su difusión en la región, desde la década de los años sesenta, gracias al impulso de actores sociales de la sociedad civil y de una fracción de la Iglesia católica, así como de organismos no gubernamentales.

Es necesario considerar que el derecho a la salud es un derecho individual y colectivo *vinculante* con otros derechos (por ejemplo, a la identidad cultural, la autodeterminación, la tierra y el territorio, los recursos naturales, la educación, la vivienda, la nutrición suficiente y equilibrada, etc.). No obstante, hay todavía algunos retos por cubrir:

- El acceso a servicios de salud, con disposiciones afirmativas de tipo legal para la eliminación de diversas barreras para el uso y disfrute irrestricto de los servicios públicos y la gratuidad en todos los niveles de atención.
- El reconocimiento de la medicina tradicional

indígena, no sólo en forma declarativa, sino efectiva.

- La protección jurídica de las plantas y conocimientos medicinales, ya que aquí la propiedad intelectual es relevante.
- La adaptación de los servicios de salud a los usos y costumbres indígenas.
- La revisión y cumplimiento del marco legal interno de cada país, de su constitución, sus leyes, decretos y reglamentos.

En Estados multiculturales y multinacionales, es necesario no perder de vista lo que Del Águila menciona sobre la necesidad y obligación de transformar nuestra relación con la diversidad de manera que permita mejorar nuestra comprensión de sus alcances y limitaciones, así como generar "mecanismos compartidos para la resolución de conflictos", condición favorable para "desarrollar una civilización de los DD HH sin la coetilla imperialista, sino de ideas de mutuo respeto y no discriminación" y no olvidar que el trabajo en DD HH plantea y exige posiciones ético-políticas para la autoidentidad. Cada vez es más prescindible la "voz pasiva" (la injusticia debe desaparecer, no deben morir más niños por desnutrición, etc.). La "voz pasiva" evade la responsabilidad sin costo, sin trabajo, es ausencia de solidaridad (Del Águila 2001: 30-31).

El mismo autor realiza un interesante análisis de dos propuestas teóricas distintas -la de S. Huntington y la de J. Rawls- acerca del problema de los derechos humanos y el mínimo moral. La primera es la **culturalista-identitaria**, mientras que la segunda se conoce como universalista, cuyo respeto a lo local tiene sus límites. Al final del mencionado análisis, nos dice:

Resumiendo: si bien es cierto que no existe, hablando con propiedad, una concepción de los derechos humanos que suscite un acuerdo unánime (Young 1996), no lo es menos que en todo ámbito cultural parecen estar dados elementos que permiten la comprensión mutua intercultural o, al menos, la generación de una esfera de discusión

sobre esos asuntos. Este ámbito es quizá la base de un proyecto político que mantiene la esperanza de un consenso intercultural relativo a los derechos humanos, contingente y trabajosamente creado, pero no por ello menos importante (Del Águila 2001: 31).

De eso que llaman ética

La interculturalidad es una exigencia que abona la semilla del acto ético; es el paso de la teoría a la praxis. La relación intercultural implica la plena consciencia de la riqueza de la alteridad, de la cultura de ese *otro*, nos dice el antropólogo M. Bartolomé.

Partimos del núcleo duro que es la subjetividad en su último contenido, la sensibilidad, que se expresa en el dolor como diría Lévinas, pero no en una sensibilidad vulnerable, sino en la que exige, la que demanda una transición. Este movimiento al que invita el descubrimiento del *otro* en este enfrentamiento cara a cara, inmerso en su inherente realidad, su cercanía tan lejana a nuestra comprensión, su proximidad que nos cuestiona por algo que no es identificable a primera vista, que nos expone y arrastra hacia uno mismo, bajo la fuerza de la confrontación de la interpelación de los *otros*.

El paso propiamente ético (acto ético), que el mismo autor refiere, consiste en transitar de los enunciados a los hechos, generado tal acto por la búsqueda del contacto y la sensibilidad del lenguaje; construir la relación con el *otro* no como tema, no como objeto de investigación, sino como una experiencia ética, la cual es guía para la toma de consciencia de ese *otro*.

Tal condición dinámica *-el paso ético-*, y de vivencia *-la experiencia ética-*, emanan al considerar a la ética como una disciplina teórica con un carácter práctico. Su labor de investigación y explicación para aclarar una realidad socio-histórica determina la construcción de los conceptos más adecuados que sea posible.

La alerta marcada por el filósofo L. Olivé señala que:

No es posible concebir una actuación responsable de las persona, de las instituciones y del Estado sin un planteamiento y una elucidación de los presupuestos y las bases éticas de las líneas de acción que se propongan (1997: 6).

El autor hace hincapié en la imprescindible reflexión filosófica de los actores sociales involucrados en la "interacción" con culturas diferentes, desde la disciplina antropológica, evitando restringir tal reflexión al ámbito de la academia.

La violencia, bajo la forma discriminación, racismo soterrada o abierta en los espacios de las instituciones de salud, de la administración pública o de impartición de justicia, son una agresión a la identidad étnica (la cual por fortuna tiene mecanismos de adecuación al paso del tiempo), y a su patrimonio cultural, herencia con derecho de dominio sobre sus bienes materiales e intangibles como los son su sabiduría, sus conocimientos simbólicos, sus prácticas ancestrales, sus sistemas de expresión y los valores de su cultura.

Por todo ello, los mecanismos de control social también se transforman, se vuelven más sofisticados y sutiles, pero a la vez más agresivos y devastadores, restando así capacidades a los pueblos, reduciendo su ámbito de acción o transfiriéndolas a la sociedad dominante, espacio en el que el *otro* queda subordinado o subsumido, anulando su capacidad de decisión.

Aquí cabe mencionar cómo la historia abunda en ejemplos que muestran al actor social ejecutor o cómplice de acciones que violentan la dignidad humana; actor que según la caracterización de N. Bilbeny corresponde al denominado "idiota moral".

El idiota moral es un ser que presenta un vacío del pensamiento práctico; son seres inteligentes y se los reconoce por su *incapacidad* de ponerse en el lugar del *otro* (*lack of role taking*), de lograr empatía, así como por su *ineptitud* para observarse a sí mismos (*lack of insight*). Asumir el papel del *otro* es una habilidad cognitiva, no emocional.

Éste es uno de los puntos en los que ética e interculturalidad se articulan, potenciando la relación. El

diálogo intercultural ético se da con estos elementos no sólo de manera empática, ya que la empatía es una función, no un estado de afinidad con el *otro*.

Requiere además un proceso dinámico que implica una fase de introyección: "me relaciono con el *otro* tratando de ver su situación y decisión como si fueran mías", y una fase de proyección: "me dirijo a él en un trayecto inverso, procurando observar mi propia situación y decisión, como si fueran suyas" (Bilbeny 1993: 134) {no hay referencia en la Bibliografía}.

Una búsqueda constante

Como personal de salud, es imprescindible no perder la brújula de la Ética y la Interculturalidad ante la necesidad de aprender junto con las personas. Se requiere elaborar una estrategia -no exenta de equivocaciones- en la construcción del proceso salud-enfermedad desde una relación más horizontal y simétrica, que posibilite la resolución de problemas y conflictos.

Dentro del proceso intercultural en salud en Chiapas, podemos mencionar como un ejercicio saludable las largas sesiones que nos permitieron reflexionar y analizar en un diálogo doble, entre nosotros y con nosotros mismos. Observamos una diferencia en la dinámica y en los resultados obtenidos, de acuerdo a la procedencia de los promotores de salud. En territorios en resistencia, los actores sociales locales participaban más activamente y de manera más comprometida:

...jóvenes indígenas promotores de salud en reunión, dando su palabra, y después de varias horas, nos dispersábamos en el campo en silencio para retornar y "tomar acuerdos" el ejercicio es ya de gran riqueza en sí, pero quiero confesar que requería a veces de repetir el proceso.

La música de marimba o grabada, el baile y el juego eran parte de todo, se nos aclaraba la palabra y el pensamiento a veces después de jugar basquetbol en plena noche, después de atender la consulta y demás trabajos; en el silencio aparente éramos

más fuertemente "nosotros" (Ruiz 2000).

Es necesario recordar siempre que somos únicamente un actor social más, dedicados a la prevención, promoción y curación en pueblos originarios, y que la etiología, la patología y los tratamientos deben entenderse en el entretejido de su propia cosmovisión.

Reconocemos que no siempre fuimos capaces de resolver todas las situaciones, que existió el conflicto con el personal de salud de otras instituciones, que hubo hostilidad por pertenecer a un organismo no gubernamental. Pudimos experimentar en carne propia la discriminación a "primera vista" por no utilizar la distintiva bata (o guardapolvo) de color blanco, el desprecio en ambulancias, hospitales, sobre todo cuando nos calificaban por la apariencia exterior, la cual habíamos adecuado a las condiciones del terreno, a las largas caminatas, así como el olor característico del humo de leña absorbido por nuestras vestimentas. Y esto no fue lo peor, comparado con el trato humillante y francamente hostil sufrido en los retenes y patrullajes militares por hombres, aunque el trato más violento fue el que nos dispensaron las mujeres militares "empoderadas" que de manera burlona apoyaban el discurso machista:

"Lárgate de aquí, vieja cabrona; vete a tu país (¿?). Te vas a arrepentir. Para qué vienes con estos pinches indios malagradecidos". Otros compañeros médicos tuvieron experiencias parecidas, con intimidación, en las que preguntaban sobre nuestra familia (Ruiz 2006).

Es pertinente subrayar el uso perverso de la lengua indígena local por parte de miembros de las fuerzas armadas que se familiarizaron con el idioma, la dinámica y estructura social al cumplir, junto con otras prácticas de contrainsurgencia, "labor humanitaria en salud": consulta médica, lavado de manos por la enfermera militar, en largas filas de niños desnutridos. Además de otros actos de prepotencia como los ya documentados casos de violación a mujeres indígenas, los efectivos militares marchaban en día domingo, en pelotón, por las calles del pueblo y gritando

"somos fuertes, somos los mejores" (Ruiz 2000).

El uso del idioma local representó para algunos médicos un intento de mejorar la comunicación no solo lingüística sino cultural. Hicimos un esfuerzo por aprender la lengua indígena para mejorar la relación con los pacientes y padecientes. Por desgracia, fueron casos muy aislados. Aprender el idioma local exige una enorme responsabilidad, ya que da acceso a un espacio privilegiado del que se debe hacer un uso estrictamente apegado a la ética profesional.

Muchas veces, tras largas horas de transporte, al hospitalizar a alguna víctima de la tortura a manos de miembros del ejército, era necesario, como parte de la terapia del paciente torturado, elaborar informes a Amnistía Internacional o denuncias en la CNDH por las violaciones a sus derechos y el trato prepotente y soberbio del personal hospitalario o la petición de un salvoconducto para transportar pacientes fuera del estado para su atención especializada.

Nuestra protección personal ha corrido a cargo de las propias comunidades y la fraternal ayuda de ciudadanos solidarios, algunas ONG u organizaciones internacionales de ayuda humanitaria. Así, toda gestoría para una atención de calidad se da en muchos frentes, y el promotor de salud los observa y los somete a su proceso de selección.

Finalmente, el conocimiento que brinda la experiencia del Dr. Carlos Lenkersdorf, lingüista y filósofo de larga trayectoria de convivencia con la población tojolabal, donde aprendió que en esta sociedad nadie manda a solas, para evitar en lo posible que uno se coloque sobre el otro. A diferencia de la filosofía clásica occidental, donde "las relaciones éticas son *nosótricas*", el pensamiento tojolabal tiene raíces de profundidad histórica que lo mantienen firme y sólido y a la vez flexible al acontecer histórico" (Lenkersdorf 2002: 132).

Es posible lograr una coordinación en la medida en que desplaza a los objetos (subordinados), se les da vida como sujetos (coordinados), asumiendo funciones diversas.

Esta estrategia con implicaciones éticas se en-

camina en la diferencia cultural hacia la igualdad de derechos y el respeto mutuo. En la arquitectura constante y cotidiana de la interculturalidad constatamos cómo desde la cosmovisión, y mejor aún, desde la cosmovivencia se pueden obtener los elementos que dirijan el proceso.

Termino con el aporte de Lenkersdorf:

Es esa misma intersubjetividad la que propicia que las interrelaciones personales sean bidireccionales o multidireccionales, en lugar de unidireccionales. Es decir que la comunidad no va de arriba hacia abajo, del sujeto agente al objeto pasivo, del sujeto mandón al objeto sumiso, sino que camina al nivel horizontal entre iguales. Por ello las interrelaciones éticas se realizan entre emparejados, dispuestos a escuchar y en busca de consensos (*ibíd.*).

Desarrollando el trabajo de salud en clave de ética intercultural, es sumamente satisfactoria la existencia de un hospital en el sureste mexicano, el cual desde su inicio ha ido construyendo una atención al proceso salud/enfermedad en los términos arriba mencionados. El centro está coordinado por la orden religiosa de San Vicente de Paúl, algunas de cuyas religiosas son además doctoras, enfermeras, administradoras y gestoras. La capacidad de adecuación a la cultura local, la arquitectura hospitalaria, la disposición del espacio, la alimentación, la creación del albergue para los familiares, el programa de educación y formación de enfermeras indígenas, promotores indígenas de salud, los horarios y sobre todo la manera de relacionarse con la población en su diversidad, convierten esta iniciativa en un hito en la atención médica, con ética y salud intercultural.

Consideraciones finales

Resulta insuficiente e inoperante esperar un actuar ético únicamente como decisión de "buena voluntad", como hecho aislado ocasional. Es precisamente allí donde se hace imprescindible una política de Estado incluyente, que dé cumplimiento al derecho

a la protección de la salud, con atención a la procuración de justicia en un área fundamental para una vida digna, en los márgenes de la perspectiva étnica, de género y los DD HH.

Desde la adecuación del currículo en la formación de profesionales en el área de la salud que contemplen las perspectivas señaladas de manera formal y oficial, las cuales han sido propuestas no solo por los movimientos sociales y espacios académicos, sino además, por la OPS, la UNESCO y otros organismos nacionales e internacionales.

Se requiere un renovado perfil del profesional en el trabajo por la salud, que responda a realidades nuevas y emergentes, lo cual no sólo no está reñido con su opción de médico especialista en el área de la biomedicina o la investigación, sino que la potencia.

La creación de comités de Bioética en los hospitales donde previamente no los había, y su reforzamiento donde ya existen, con las perspectivas descritas, en el marco de la interculturalidad propositiva. La creación de órganos de arbitraje médico

cuyo ejercicio ético y bioético se enriquezca con la perspectiva intercultural, haciendo presencia en regiones de elevado conflicto y marginalidad, sobre todo en zonas rurales.

Todo lo anterior despliega el abanico de beneficios a sus labores profesionales, pero ante todo repercute en beneficio de la población. Las ya mencionadas son además fuente de insumos en una riqueza de investigación desde las ciencias sociales, seminarios académicos, encuentros y congresos indígenas y de minorías excluidas, movimientos sociales, los diagnósticos por algunos centros de DD HH nacionales e internacionales. Sin olvidar las experiencias exitosas y fallidas en países latinoamericanos con realidades semejantes.

Incluir en la mesa de debate y consulta, la existencia de un *ombudsman* (o Defensor del Pueblo) en el ámbito específico de la salud.

En suma, pasos que nos acerquen cada vez más a los puntos cardinales que constituyen el fundamento de la bioética: la no maleficencia (no dañar), la beneficencia (hacer el bien), la autonomía y la justicia.

Bibliografía

Del Águila, Rafael

- 2001 "Los derechos humanos y **algunos de sus** problemas en el mundo de hoy". En: *Los derechos humanos en tierras mayas. Política, representaciones y moralidad*. Madrid: Sociedad Española de Estudios Mayas.

IIDH

- 2006 *Campaña Educativa sobre Derechos Humanos y Derechos Indígenas; Salud Indígena y Derechos Humanos, Manual de contenidos*. San José de Costa Rica: Instituto Interamericano de Derechos Humanos y Organización Panamericana de la Salud.
- 2004 *Campaña Educativa sobre Derechos Humanos y Derechos Indígenas; Módulos Temáticos*. San José de Costa Rica: Instituto Interamericano de Derechos Humanos y Agencia Sueca de Cooperación para el Desarrollo.

Lenkersdorf, Carlos

- 2002 *Filosofar en clave tojolabal*. México, D. F.: Miguel Ángel Porrúa Grupo Editorial.

Mann, Jonathan y Soda Gruskin

- 1999 *Conceptos básicos: Derechos humanos y salud pública*. Seminario Taller Salud Pública y Derechos Humanos, Lima.

Molina, Silvia (coord.)

- 2000 *Identidad e intolerancia*, Vol. 1. México, D. F.: UNAM, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales.

Olivé, León (comp.)

- 1997 *Ética y diversidad cultural*. Bogotá: UNAM y Fondo de Cultura Económica Colombia.

Page, Jaime

- 2002 *Política sanitaria dirigida a los pueblos indígenas de Chiapas 1857-1995*. México, D. F.: UNACH y UNAM.

Physicians for Human Rights, Colegio de la Frontera Sur; Centro de Capacitación en Ecología y Salud para Campesinos-Defensoría del Derecho a la Salud

- 2005 *Pueblos excluidos, comunidades erosionadas. La situación del derecho a la salud en Chiapas*. México, D. F.: PHR, CCESC, ECOSUR. USA.

Rojas, Rocío

- 2004 Citada en: *Manual de Campaña Educativa sobre Derechos Humanos, Salud Indígena y Derechos Humanos*. San José de Costa Rica: IIDH.

Ruiz, Adriana

2007 "La **interculturalidad** y el derecho **a la protección de la salud: una propuesta transdisciplinaria**",
Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina Vol. X (2): 99-107.

1980-2009 **Diarios de campo en** Chiapas.

Savater, Fernando

2007 *La vida eterna*. Barcelona: Editorial Ariel.

Thompson, Julie

s/f "Interdisciplinaria y complejidad, una relación en evolución", www.orus-int.org/docs/valenciaguada.pdf (consulta en mayo de 2007).

Tomassini, Alejandro

2000 *Historia, Derechos Humanos y Medicina*. México, D. F.: Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

Valencia, Guadalupe

s/f "Transdisciplina y fronteras **disciplinarias**, **Una aproximación a las encrucijadas** del tiempo social",
www.orus-int.org/docs/valenciaguada.pdf (consulta en mayo de 2007).

MÓDULO
SALUD MATERNO-INFANTIL
CON ENFOQUE INTERCULTURAL

LA SALUD MATERNO-INFANTIL EN UN CONTEXTO

INTERCULTURAL: EL PROCESO REPRODUCTIVO

Zuanilda Mendoza González

Se coloca la placenta en el árbol, para pedirle al santo que el nene tenga larga vida y no le hagan daño; esto se ha hecho siempre. También se puede saber cuál es el nahual del nene, depende de qué animal coma su placenta.

(Nicia, mujer triqui, San Juan Copala, 2000)

Introducción

Cada conjunto social configura representaciones y prácticas que dan cuenta del significado cultural del proceso reproductivo esculpido por su cultura. Es en la cotidianidad donde adquieren significado el nacimiento, las etapas del ciclo vital, la gestación, la sexualidad, la enfermedad y la muerte, en interacción con las redes de apoyo, la participación social y la utilización de los recursos para dar respuesta a cada uno de estos eventos.

Todos y cada uno de estos procesos están contruidos a través de las características socioculturales del grupo dentro del cual cada individuo se desarrolla, y en consecuencia, están determinados por las condiciones materiales de vida e ideológicas de su sociedad. Sólo desde esta perspectiva podemos aproximarnos a su complejidad y dar cuenta del significado cultural de la misma.

La información que aquí se presenta es el resultado de una investigación amplia sobre grupos domésticos triquis (Mendoza 2004). Es nuestra intención incursionar en la descripción y análisis de su proceso reproductivo como un producto cultural. Los triquis son un grupo étnico del estado de Oaxaca que viven en una de las regiones más empobrecidas del país, con altos índices de violencia y migración hacia las grandes ciudades y el extranjero, expulsados de su región de origen por la miseria y la muerte de muchos de sus hombres en edad productiva.

El proceso reproductivo

El proceso reproductivo ha sido de unos años a la fecha piedra angular en los programas de atención y promoción de la salud desde la perspectiva médica institucional. Este proceso ha sido abordado a través

de programas de salud reproductiva, materno-infantil y planificación familiar que tienen como objetivo centrar sus acciones en la mujer, identificada como responsable de la reproducción y excluyendo de este terreno la participación del varón, al que se sitúa en el ámbito de lo productivo (Figueroa 1991: 293 y Figueroa *et al.* 1994: 135). Es decir que se definen y se construyen identidades genéricas diferenciadas.

Se reduce el concepto de proceso reproductivo a fecundidad y gestación, localizándolo en el cuerpo femenino y por tanto privilegiando a la mujer como unidad de análisis, a pesar de ser las parejas las que se reproducen. El varón acaba por ser simplemente una variable más dentro del esquema de interpretación de la fecundidad, por lo que en la práctica se tiende a ignorar su participación.

A la luz de los análisis demográficos que se suele en las políticas de población se da cuenta de la fecundidad como la resultante de un comportamiento reproductivo, incluso llega a plantearse como la simple cuantificación del número de hijos concebidos. Conceptualizar la reproducción exclusivamente en el ámbito biológico femenino ha fomentando la utilización de modelos de análisis estadísticos que tratan de explicar y predecir comportamientos futuros de poblaciones con la intención de incidir sobre ellos, pero a través de esta visión se pierde la complejidad del proceso reproductivo (Cervantes Carson 1993: 760 y 1999: 365, Lerner y Quesnel 1994: 92). El análisis de la fecundidad bajo esta perspectiva ha tendido a manejar casi de manera obligada la anticoncepción, interpretada como acciones de control y reducción de esa fecundidad.

Es indispensable identificar y caracterizar a los grupos sociales en medio de los cuales se generan estos procesos y tener asimismo una comprensión y explicación de su reproducción. Ya que son las condiciones materiales de vida, el tipo de relaciones y redes sociales que se establecen, las oportunidades diferenciales de acceso a los recursos para la salud y atención de la enfermedad y, sobre todo el bagaje cultural de cada grupo social, los que condicionan

expectativas, decisiones y obstáculos respecto del cuerpo, así como su reproducción biológica y social. Es el estilo de vida de los sujetos lo que nos permite entender su proceso reproductivo en función de su pertenencia a un determinado grupo sociocultural (Menéndez 1998: 53).

Resulta importante reconocer el proceso reproductivo como construcciones sociales diferenciadas, en donde las representaciones propias del ser varón o mujer, del tipo de vínculo y relaciones que se establecen al interior del propio género o con el otro, así como con las diferentes generaciones, son factores decisivos en el tipo de comportamiento, la participación en el proceso, la interacción y la posibilidad de transformación.

Considero el proceso reproductivo como una categoría compleja que tiene que ver con los saberes relacionadas con la participación en una vida sexual, desde el cortejo o construcción de la relación de pareja, el ejercicio de la sexualidad, la unión, la construcción de la familia, el significado de la maternidad y la paternidad, el valor de los hijos, el ejercicio del poder de cada género, la experiencia de la reproducción y la crianza. Tendremos que pensar en los actores sociales como el resultado de la interacción de una diversidad de factores individuales, sociales y culturales que condicionan sus deseos y posibilidades de decisión en cada uno de los hechos de su vida cotidiana, incluida su reproducción. Debe señalarse que la conformación de dichas expectativas y decisiones se da de manera diferenciada según el género, la generación, el grupo cultural de pertenencia, el estrato social, el nivel de escolaridad formal, entre otras variables. Es decir que tales deseos y decisiones están cruzados por condicionamientos materiales e ideológicos, lo que nos da una pauta de la complejidad del proceso de reproducción. No obstante, desde la perspectiva biomédica institucional, el interés y objetivo es el de modificar el comportamiento a favor de la anticoncepción (Lerner Quesnel y Yáñez 1994: 559).

La reproducción humana representa indudablemente una serie de periodos de riesgo en la vida las

personas, por lo que requiere de cuidados y precauciones especiales para su buen desarrollo. Es uno de los acontecimientos del ciclo vital que mayor importancia tiene para el individuo y para el grupo social. Ha dado lugar a planteamientos ideológicos y prácticas que en conjunto constituyen complejos procesos de atención al embarazo, parto, puerperio y la crianza. La respuesta de cada cultura al fenómeno de la reproducción ocupa un lugar especial, basado en sus conceptos, creencias, mitos y rituales, así como en sus procedimientos y terapéuticas (Jordan 1993).

El interés de la antropología médica en el proceso del embarazo, parto y puerperio se vincula de nodo directo con el interés más amplio de la antropología y otras ciencias sociales en el análisis de la reproducción social. El estudio de los saberes sobre este proceso pone en evidencia no sólo las estrechas conexiones con otras temáticas centrales como la sexualidad, la fertilidad y la preservación del grupo, sino además la diversidad de formas que asume socialmente la respuesta ante los eventos mencionados. Esa respuesta social hace referencia a un lenguaje simbólico pero también al lenguaje médico/técnico expresado en un conjunto de saberes, maniobras o terapias que los curadores ponen en juego ante cada caso específico.

Esta perspectiva nos permite poner sobre la mesa la conjunción de un orden biológico y un orden social a propósito de la reproducción, no sólo de la biológica o de la fuerza de trabajo sino también de la ideológica que da cabida al sistema conceptual con el que los grupos sociales y los terapeutas encaran la fertilidad o la esterilidad, la gestación, el nacimiento y la crianza de los hijos.

Pocos procesos como el reproductivo muestran una concentración tan elevada de expectativas, angustias, temores y esperanzas en una construcción sociocultural tan consistente. Se trata de un periodo en el cual los cuidados que se brindan a la madre y al niño o niña resultan esenciales; una etapa en la que los cuidados y consejos aparecen, ya sea bajo la forma del lenguaje médico doméstico, ya sea bajo el len-

guaje del mito y la creencia (Mellado *et al.* 1989).

El tema, de una riqueza notable, ofrece líneas de investigación sobre materias tan distintas como la planificación familiar, los tabúes, la nutrición, las plantas medicinales, las relaciones de género, la función de la familia, el saber médico, la etnicidad, la estructura de los servicios de salud, la explosión demográfica, la dualidad *frío-caliente*, la religiosidad popular, la función de los curanderos, entre otras. Si bien es cierto que la persistencia de rasgos tradicionales es destacable, consideramos que la configuración de un marco más complejo de comprensión y atención a la madre y al niño es sin duda el rasgo más característico.

El fenómeno de coexistencia de conceptos, creencias y prácticas tradicionales y biomédicas respecto del embarazo, parto y puerperio constituye uno de los ejemplos de la síntesis en los saberes de los conjuntos sociales. Esta afirmación merece ser analizada minuciosamente, ya que implica diversos órdenes de problemas que es necesario circunscribir y examinar en detalle para comprender no sólo el universo de las ideas, prácticas y creencias de parteras y médicos, sino también el interés que la cuestión ha suscitado en los estudiosos de la antropología médica y en las investigaciones de la atención primaria y materno-infantil. Lo mismo puede decirse del interés creciente de organismos internacionales en salud que comenzaron a investigar no sólo el universo simbólico y cultural que subyace a las ideas de la reproducción, sino un nuevo horizonte sobre el cual se definen problemas prácticos en el terreno obstétrico y materno-infantil, estudiados en una perspectiva que los acerca a los proyectos de salud y bienestar social para las áreas indígenas y campesinas (Cominsky 1982 y 1992, Güemes 1997, Aguirre Beltrán 1980 y Kelly 1955). Postular la existencia de un sistema mixto nos lleva a aceptar la presencia de diferentes alternativas de atención -no siempre integradas armónicamente-, así como a pensar que todo proyecto o programa debe advertir la importancia de la diversidad.

Diferentes miradas para el estudio del proceso reproductivo

Diversos han sido los enfoques teóricos y las perspectivas disciplinarias desde los cuales se ha estudiado el proceso reproductivo. Una línea central está constituida por los estudios que desde la atención primaria en salud surgen con la clara intención de extender las acciones y los programas institucionales enfocados a disminuir las tasas de mortalidad materno-infantil y la fertilidad de los conjuntos sociales más vulnerables. Lo más importante desde esta perspectiva ha sido la transferencia de tecnología, la conformación de un ideal de procreación medicalizado construido a partir de los patrones occidentales de familia, las concepciones economicistas de superpoblación y de explosión demográfica, así como la extensión de cobertura, el control y adiestramiento de los curadores tradicionales como agentes comunitarios indispensables en la implementación de programas de salud. Los programas de planificación familiar se han manejado en términos de control natal poniendo el énfasis en la esterilización como método más eficaz e idóneo, y han sido dirigidos exclusivamente a la población femenina (Cervantes Carson 1999: 370, Figueroa 1993: 15).

Otra perspectiva importante corresponde a los estudios demográficos que centran su atención en las tendencias de los movimientos poblacionales, incluida la fertilidad, la migración y la morbilidad, junto con los trabajos epidemiológicos que se enfocan en la evolución de los perfiles de nacimiento, enfermedad y muerte en los conjuntos sociales (Benítez Zenteno 1979, CONAPO 1999 y 2000). Este enfoque pone énfasis en la fecundidad como principal determinante del cambio demográfico registrado en México durante las últimas décadas. Los datos nacionales reportan que la tasa global de fecundidad en México descendió de casi siete hijos por mujer a principios de los años setenta a 3,3 en 1990, y en la última década del siglo XX continuó disminuyendo a un ritmo más lento,

estimándose en alrededor de 2,4 hijos por mujer para el año 2000 (CONAPO 1999).

Desde la antropología cultural sobresalen los trabajos de diversos autores clásicos (Cominsky 1982, Guiteras 1986, Tibón 1981 y Galinier 1990), que enfocan, dentro de un cúmulo de información etnográfica general, la descripción pormenorizada de los rituales, mitos y el complejo universo simbólico y cultural de estos grupos étnicos respecto del embarazo, parto, puerperio y crianza, particularmente centrados en el papel de la curadora especializada que se encarga de este proceso, la partera. Se resalta el valor atribuido a la virginidad de la mujer, el gozo por la procreación, la importancia de la cópula y el líquido seminal en la concepción y desarrollo del embarazo, los riesgos asociados al abuso del coito, los castigos ante el aborto y la esterilidad. La preparación de la mujer para hacer frente a tal proceso, el acompañamiento de la partera y el apoyo de su propia familia, sus conocimientos, sus prácticas terapéuticas, el uso del temazcal, los riesgos inherentes al parto, los rituales propiciatorios. Se estudia, asimismo, los cuidados rituales y las redes que posibilitan un cuidado efectivo durante el puerperio, los riesgos derivados de la violación de las normas, el valor del recién nacido y sus cuidados, la vigilancia del mantenimiento de la fertilidad (López Austin 1984 y 1990, García Alcaraz 1997, De la Fuente 1977 y Huerta 1981). Los trabajos mencionados nos proporcionan una gran riqueza de datos culturales pero que no son analizados a la luz de las condiciones de salud/enfermedad de dichos grupos sociales, de la problemática de la mortalidad materno-infantil ni de la presencia de la medicina institucional ante dichos problemas.

Algunos trabajos que comparan los saberes originarios relacionados con el embarazo, el alumbramiento y el cuidado de los niños muestran un alto grado de semejanza en toda Latinoamérica: los antojos, la prohibición de tocar hilos y cordones, las estrategias para expulsar la placenta provocando

vómito, la observancia estricta de la cuarentena, las restricciones dietéticas (vigilando los alimentos fríos o pesados), la posibilidad de decidir el sexo del niño a partir del momento del coito, así como predecirlo a través de la adivinación, el manejo de la placenta, la estimulación de la lactancia, etc. (Foster 1980). Estas similitudes nos permiten afirmar que aquellos conjuntos sociales que comparten un patrimonio cultural de origen mesoamericano y/o español mantienen saberes compartidos, a los que subyace una matriz cultural a partir de la cual seguramente se integraran los otros saberes.

Por otro lado, los estudios de género han mostrado especial interés en este proceso, ya que a partir del mismo postulan las desventajas, la posición de opresión y subordinación, la inequidad, la desprotección y el mayor nivel de riesgo al que está expuesta la mujer a causa del papel de reproductora en el que ha sido encasillada. Las temáticas más desarrolladas tienen que ver con la gestación, con las decisiones frente a la anticoncepción o frente a la interrupción del embarazo, así como con la crianza de los hijos, sexualidad, el concepto y la autopercepción del cuerpo y el trabajo femenino, entre otros aspectos (González 1995 y Ojeda 1999).

Es indiscutible que los estudios de salud reproductiva, y especialmente los relacionados con la condición de la mujer, desde la perspectiva de género, representan una aproximación más amplia que permite hacer replanteamientos y propuestas encaminadas a transformar la situación de las mujeres como medio para mejorar las actuales condiciones de la salud y los patrones reproductivos. La situación de la mujer se reconoce como una condicionante fundamental del estudio del proceso reproductivo y sobre todo de su salud (Langer y Lozano 1998: 35). Consideramos que abordar el tema de la salud materno-infantil en función de la condición de la mujer y señalar la influencia de su condición sobre la manera de enfermar y morir de las mujeres y sus hijos brinda un marco de análisis que permite una observación más precisa.

La conceptualización sobre las consecuencias de las relaciones sociales de género en la salud materno-infantil comprende varias dimensiones, y se enfoca principalmente en las desigualdades entre hombre y mujer que podrían estar afectando a la salud, siendo la más evidente la diferencia del nivel socioeconómico (Bronfman 1998). El estrato socioeconómico, el grado de urbanización e incorporación de las mujeres al mercado laboral y su relación respecto de la lactancia, el cuidado de los niños y la condición de la mujer como un valor fundamental para la generación de salud son aspectos importantes que hasta ahora han sido ignorados y desvinculados de los programas y acciones específicas para la atención y prevención de la salud de la mujer y la salud infantil, por lo que nosotros pretendemos enfatizar estos aspectos en el presente trabajo.

Aunque los estudios mencionados consideran los cuidados de la salud como un elemento central de la salud materno-infantil, también reconocen que el acceso a estos cuidados se ve afectada por las condiciones individuales, familiares y el estatus de las madres dentro del hogar. Enfatizan lo poco que se conoce acerca de las experiencias de producción y reproducción de cuidados a la salud ofrecidas por las mujeres en los hogares, así como del manejo de enfermedades en la niñez o durante el embarazo, la interacción de la díada madre-hijo, el crecimiento y desarrollo de niños y niñas o la determinación de la alimentación de estos infantes (Stern 1996). Consideramos que no existe un marco conceptual comprensivo que abarque la salud materno-infantil en su totalidad. Se considera a la mujer exclusivamente en términos de su función reproductiva y no como individuo. La mayor parte de los estudios se centran en la mortalidad infantil y sólo muy recientemente se incorpora en su formulación ciertos aspectos de la situación de la mujer.

Las estrategias frente a esta problemática de la salud materno-infantil surgidas desde las instituciones internacionales con un enfoque vertical consisten básicamente en la transferencia de tecnología a

través de la práctica médica, la atención primaria en salud, la formación de agentes comunitarios y la participación comunitaria. Con el esfuerzo dirigido primordialmente a la disminución de la mortalidad infantil más que al mejoramiento de la salud de madres e hijos (Echarri 1999), dichas estrategias desconocen las condiciones sociales y culturales de los grupos sociales afectados, aspectos que para nosotros son fundamentales.

Desde otra perspectiva de análisis, se enfoca el problema de la reproducción a partir de ciertos procesos sociales y de desigualdad. La migración de las mujeres ocasiona que, en un ámbito totalmente distinto al de su origen, sus prácticas y representaciones se pongan a prueba. La migración les permite incorporarse en trabajos asalariados, así como acceder a mayores oportunidades de elección en aspectos como el cuidado de su cuerpo y la maternidad. Las opciones de salud se amplían, aunque muchas veces las mujeres no tengan acceso a ellas. Pero tomar decisiones fuera de su familia de origen las hace vulnerables al riesgo de perder las redes de apoyo tradicionales, aunque con el tiempo pueden construir nuevas redes con otras mujeres, con otras inmigrantes indígenas (Bonfil y Pont Lalli 1999).

Se constata que la edad de unión, del primer embarazo y el número de hijos se modifica; existe la posibilidad de decidir sobre estas variables. En la ciudad se carece de apoyo familiar pero, en cambio, disminuye el control estricto sobre las mujeres migrantes. La posibilidad de intercambiar conocimientos y experiencias con otras mujeres, así como la oportunidad de darles y pedirles apoyo, incide en la disminución del número de hijos por mujer. Al contar con recursos económicos producto de su trabajo, las mujeres migrantes comienzan a relacionarse de manera diferente con su pareja y sus hijos. Construyen una imagen de sí mismas que les permite decidir sobre su reproducción (Chávez 1998).

La participación laboral de la mujer migrante aumenta la capacidad de ahorro del grupo doméstico, la participación de toda la familia y la

división del trabajo por sexo y edad para obtener mejores ingresos. Esto tiene repercusiones en las relaciones conyugales e intergeneracionales de la familia (Mlunmert 1988). Estos cambios más sutiles y menos visibles son rara vez tratados en la literatura sobre la migración.

Se reconocen problemas en la relación que se establece entre estas mujeres indígenas y las instituciones de salud de los centros urbanos, ya sea por la falta de acceso a la atención médica, por los prejuicios que hay hacia ellas como indígenas, o por problemas de comunicación médico-paciente que generan malos resultados y negligencia. En estas circunstancias, no debe sorprendernos el que se recurra con tanta frecuencia a otras formas de atención alternativas en la ciudad o en el pueblo, en lugar de las instituciones del sistema de salud oficial (Freyermouth 2000).

El proceso reproductivo entre los triquis

Esta sección ha sido escrita tomando como base una serie de entrevistas con mujeres y hombres originarios de la etnia triqui del sur de México, y que actualmente habitan en centros urbanos como migrantes indígenas de primera o de segunda generación. Los pasajes citados en estas líneas proceden, asimismo, de dichas entrevistas (véase Mendoza 2004).

Las mujeres triquis toman la primera menstruación como la manifestación de la capacidad de la mujer para procrear. Unas mujeres ingresan en esta etapa antes que otras y de eso dependerá su capacidad reproductiva. Cuanto más temprano se inicie la menstruación, más fácil les será quedar encintas: "yo empecé a *arreglar* (sic) a los doce; muchas no *arreglan* (sic) hasta los dieciocho o más y eso hace que luego ellas no puedan tener nenes rápido". Si tomarnos en cuenta que las mujeres de la primera generación de migrantes iniciaron su vida sexual a muy temprana edad -la mayoría de ellas se emparejaron y se casaron antes de cumplir los catorce

años-, podríamos afirmar que tuvieron su menarca¹ casi al mismo tiempo que su primer embarazo.

Las mujeres de la primera y la segunda generación de migrantes aceptan las relaciones sexuales como una necesidad inherente a la relación con sus esposos. La frecuencia variaba de dos a tres veces por semana o abstinencias de varios meses cuando los esposos emigraban. La admisión del placer en la vida sexual varía según la generación. Algunas mujeres de la primera generación describen su vida sexual como parte de su deber de mujeres casadas, aunque no como una obligación desagradable ni como una forma de ser usadas. Afirman haber empezado a disfrutar de las relaciones sexuales sólo después de un tiempo de convivencia conyugal; al principio no, porque no conocían bien a sus compañeros y no les tenían confianza² y, por tanto, no sentían nada. Pero a lo largo de los años de convivencia, su vida sexual se fue haciendo cada vez más grata y entonces sí la disfrutaron. Para sus hijas la vida sexual y el placer derivado de ésta se basa en la relación de afecto, cariño y amor que se tiene por el compañero. Estas mujeres migrantes de segunda generación afirman que el hecho de haber seleccionado libremente a su pareja por ser una persona a la que se quiere aumenta las posibilidades de disfrutar de una vida sexual agradable. Durante la gestación no se impone una prohibición formal y rígida de las relaciones sexuales, y comentan que pueden seguirteniéndolas si ella y su esposo así lo desean, que todo depende de cada persona o de cada pareja; las relaciones sexuales no sirven para ayudar o fortalecer el embarazo pero tampoco están prohibidas.

La gestación es muy valorada por mujeres triquis de ambas generaciones. Si el esposo o la suegra perciben que la mujer tiene dificultades para concebir, él y su familia tienen la obligación de buscar alternativas para que la esposa se cuide y se cure, recurriendo a las terapias tradicionales pro-

porcionadas por las parteras con el fin de propiciar la recuperación del *calor* en el cuerpo de la paciente y de ese modo logre quedar encinta. Esta dificultad para la gestación se asocia a la exposición de la mujer al *frío* en momentos vulnerables, como la menstruación, después de un aborto o un parto. Por lo que ella debe recibir una atención que le permita recuperar ese *calor* perdido. Ante este tipo de problemas, las y los jóvenes de la segunda generación recurren con más frecuencia a la atención de la medicina alopática en busca de la solución de la esterilidad, pero estas prácticas médicas son cuestionadas por el grupo al considerarse que no son "su remedio, no es cosa de doctores".

El aborto, al igual que otros trastornos que se presentan en el embarazo, como sangrados, mala posición del feto o partos prematuros, son problemas que es necesario prevenir tomando medidas determinadas. Entre las personas de la primera generación se considera que una mujer puede tener problemas en el embarazo porque no ha cumplido con ciertas normas importantes en la conformación de su pareja, en sus relaciones dentro del grupo doméstico, con el grupo social o con los santos y los difuntos; es decir que casi cualquier transgresión de una norma comunitaria se puede asociar con trastornos en el embarazo, incluyendo el aborto y partos mal logrados. De ahí que el comportamiento, especialmente el de la mujer, sea vigilado por los grupos domésticos para evitarle dificultades durante su vida reproductiva. Las mujeres triquis lo expresan en estas palabras:

Quando a una mujer no la pidieron bien o no se ha casado, o tiene problemas con su suegra o con alguien de su pueblo que le tiene envidia o mala voluntad, entonces puede que durante su embarazo no se le logre el nene, ya sea por castigo o porque le estén haciendo algún daño y no dejan que el nene se logre
(...)

¹ Menarca o menarquía: aparición de la primera menstruación.

² En la primera generación la mujer se casa sin elegir a su esposo; son pedidas y otorgadas por sus familias sin su intervención. Ellas inician la vida conyugal con una persona prácticamente desconocida.

Pero a veces también por no haber levantado una cruz o no ponerle vela y agua a los difuntos y a los santos, también ellos se pueden *enmuinar* y hacer que una mujer no pueda tener bien a sus hijos, por eso es que uno siempre debe tratar de cumplir con lo que le toque y así evitarse problemas.

Embarazo, parto y puerperio

Las representaciones acerca del embarazo que se basan en matrices culturales propias de su grupo, como la formación del nuevo ser a través de la mezcla del líquido seminal y la sangre menstrual. El "nene" se forma en la matriz y necesita para su crecimiento de la fuerza del semen. La mujer diagnostica el embarazo por la interrupción de la menstruación o los movimientos del niño ante embarazos entrelazados. El embarazo se reconoce también por la elevación del *calor* en la mujer, que se asocia algunas veces con síntomas específicos: "lo *caliente* de la criatura da el vómito". Es menester preservar y resguardar ese *calor* durante todo el embarazo y el puerperio.

A lo largo del embarazo, la mujer debe respetar ciertas restricciones. Por ejemplo, no debe comer grasa ni miel, "porque la placenta se pega"; no debe levantar cosas pesadas ni lavar cobijas, por el esfuerzo físico que implica. Si la madre no come a sus horas puede "caerse el nene" (aborto), "porque el niño tiene que comer y si no se le da, se muere". Los *aires* también son causa de contratiempos durante el embarazo: el *aire* de muertos o de enfermos puede causar un aborto.

Un aspecto central y reconocido por ambas generaciones es la presencia del *frío* como agente de alteraciones durante la gestación, en caso de mujeres delicadas. Es preciso tomar precauciones contra el *frío*, porque puede ser causa de dolor, enfermedad y problemas durante la gestación. Incluso se afirma que puede ocasionar periodos transitorios y/o definitivos de esterilidad, por lo que es utilizado por algunas mujeres como método anticonceptivo:

Mi tía nada más de agarrar agua frío y tomar cerveza fría, de ahí ya no puedo tener más hijos. En cambio, mi hermana lo hizo a propósito,

cuando tuvo su nene y como ya no quería más, agarró hielo de la lluvia y se lo comió, y así fue que se le enfrió su estómago, tardó mucho para volverse a embarazar.

Esto no implica que todos los embarazos requieran de cuidados constantes con el *frío*; todo depende más bien de la fortaleza de la mujer. En general, a las mujeres triquis se les considera fuertes y no necesitan cuidados especiales o excesivos, pero hay algunas que son delicadas y necesitan cuidados más específicos,

... como tomar hierba y baños calientes durante el embarazo, sobar su vientre con aguardiente calentito todas las noches, evitar alimentos y condiciones que les ocasionen frío en su cuerpo, porque ese frío va a hacer que se le seque la matriz y no va a poder tener nenes nunca.

Se diferencian los embarazos según el sexo del "nene", y en el caso de un varón se afirma que está completamente formado y empieza a moverse desde las primeras semanas; en cambio, la formación de una *niña* es más lenta, pues se cree que en las primeras semanas es sólo una bolita de sangre, y, además, las niñas no se mueven hasta los cinco o seis meses de gestación. Por esa razón, dicen, los varones van creciendo más y antes que las mujeres; su crecimiento se percibe y se palpa más rápidamente en el abdomen de la madre, de modo que la partera los identifica y la madre los siente moverse en forma temprana. Sin embargo, las personas de la segunda generación ya no tienen explicaciones para esta diferenciación.

La duración del embarazo también varía según el sexo de la criatura: en el caso de los varones se extiende entre siete y ocho meses, mientras que en el caso de las mujeres el periodo de gravidez es de nueve meses. Las mujeres tienen el cuerpo más pequeño y tardan más en formarse, los varones crecen más rápido en el vientre de la madre y por eso nacen antes.

Cuando una mujer inicia su labor de parto, su madre le da de beber un preparado de cierta planta medicinal -especialmente traída desde el pueblo- a

la que se atribuye la propiedad de facilitar el parto, si ya ha llegado el momento, o de aliviar los dolores si aún falta. Esta costumbre es practicada por todas las mujeres de primera y segunda generación, así como lo hacen las mujeres en Copala: "En cuanto empiezan los dolores hay que tomar la hierba, para que los dolores [las contracciones] ya se arrecien y lo tengas rápido o, si todavía no es tiempo de que nazca nene, los dolores se quiten".

El grupo familiar, la partera y la mujer llevan a cabo una serie de rituales para propiciar un alumbramiento rápido y sin problemas. Estas prácticas siguen siendo observadas por grupos familiares de ambas generaciones. Es de suma importancia que todas las mujeres del grupo doméstico tengan el cuidado de no dejar ninguno de sus quehaceres sin concluir: el telar, la pulsera, la diadema...; todo debe quedar recogido, ya que si cualquiera de ellos queda enredado, podría ser la causa de que el "nene" se enrede en el cordón y no pueda nacer. Si el bebé no nace rápido -a veces se atora por ser muy grande o estar mal acomodado-, hay que darle de comer plátano a la madre, pues se cree que esto hace que el nene "resbale" y salga más fácilmente.

Se deben [des]enredar los telares y cortar los hilos de las diademas y pulseras; no deben dejarse incompletas, porque si no, lo que puede pasar es que todas esas cosas que no se acabaron de hacer, todos esos hilos que están a medio tejer van a detener al nene, lo están amarrando y no lo dejan bajar.

Los trabajos de parto tienen una duración promedio de cuatro o cinco horas. Las entrevistadas no califican los dolores de parto como intensos, "son como deben ser", pero al profundizar un poco en las características del dolor, reconocen sufrir: el dolor es fuerte pero generalmente rápido. El esposo se mantiene fuera de la casa donde se lleva a cabo el parto. Su tarea consiste en buscar a la partera en el

momento adecuado y entregarle bienes en dinero o en especie (cerveza, refrescos, pollo, etc.) para expresarle su agradecimiento. En caso de no contar con una mujer de la familia que auxilie a la partera, el esposo asume estas funciones. "Así va saliendo el nene, poco a poco, se deja que caiga solo, y se espera que salga la placenta. Se corta el cordón umbilical con una navaja de rasurar, machete o carrizo". La obligación de la partera termina al nacer el niño: "los cuidados de la mujer después del parto son asunto de la suegra o la mamá; ellas saben si se baña a diario o cada tercer día, ese es su asunto".

Lús placentas se entierran fuera de la casa o se cuelgan en un árbol, según lo decida la familia. Las placentas se cuelgan en un encino negro -el *Chuun yacaa*- situado en una zona elevada en el extremo oriental del pueblo, para pedirle al "santo" (Tata Chu o San Juan) que el niño tenga larga vida y no le hagan daño. Esta práctica, que "se ha hecho siempre", puede utilizarse también como un elemento para la curación del niño: "hay que saber dónde está la placenta del nene; si el nene se enferma, llora mucho, va uno y ahí cura la placenta, el nene se cura".

Durante los veinte días posteriores al parto, debe realizarse diariamente el baño de temascal³. Este calor del baño de vapor ayudará a la puérpera a contrarrestar el frío que adquirió con el parto, así como a recuperar su temperatura anterior. Durante los últimos días del baño de la madre se baña también al recién nacido en el temascal con agua no muy caliente.

Con ocasión del baño del bebé, se celebra un ritual en el que se coloca "una carguita de leña o un *tenatito*⁴ de tortillas", según el sexo de la criatura, como ofrenda que se brinda al dios del baño. El último día del baño es costumbre celebrar una fiesta para agasajar a los familiares que acudieron a bañarse. Esta fiesta se conoce con el nombre de "baño de hueso" porque antiguamente se comía carne, aunque ahora sólo se convida atole de frijol o caldo.

3 Baño de vapor de origen prehispánico.

4 Cesto de palma.

La intención es festejar la terminación del bario, la buena salud del niño y de la madre. No cumplir con la fiesta del baño puede ser causa de enfermedad, llanto constante o falta de crecimiento para el niño. Todas las mujeres celebran su fiesta del baño, porque es importante para que el "nene" crezca sano.

Las mujeres de la primera generación de migrantes tienen como primera alternativa la atención del parto en su domicilio. Aunque reconocen las ventajas de la atención por un médico, esta opción no es de su agrado, por varias razones:

Yo tuve a mis hijos en mi casa, mi tía tuvo a su hijo en el INI allá en Copala con el *totor* (doctor). Yo estuve con ella y no me gustó lo que le hizo [...] la tenía así acostada con una luz nomás mirando en la casa del nene por donde venía saliendo [...] "puja", le decía [...] como no salía el nene, [el doctor] metía sus dedos, así le movía. Ella gritaba, a mí me asustó mucho [...] Mi tía dice que el *rotor* es bueno, que cura, puro bien hace, pero a mí no me gustó lo que hizo con ella [...].

Sin embargo, en el pueblo existe la alternativa de acudir al médico o a "la madre" (religiosa), y se recurre a esta opción ante la posibilidad de que "no nazca fácil el nene". Se sabe que las mujeres pueden morir en el parto o en los días subsiguientes. Por tanto, para las entrevistadas es muy importante vigilar que la madre guarde reposo y se someta a baños calientes en el periodo posparto. Análogamente, si sobreviene un dolor muy fuerte en el vientre o en la espalda, o si se presenta sangrado intenso o calentura, la madre reconoce estos síntomas como señales de alarma y posible riesgo de muerte.

Normalmente son la suegra, las hermanas y la mamá en el caso de las primigestas, las que prodigan el cuidado necesario durante el puerperio. Pero al migrar y perder el apoyo de su red familiar por la lejanía, quien se hace cargo de esos cuidados es el esposo. Él es responsable de preparar la comida, de lavar la ropa, de atender a los otros hijos

o de llevar a su mujer al baño, porque no cuentan con ningún otro familiar que los apoye. Y para la fiesta del baño, contrata a una señora que prepare el atole: "mi papá le pagó a una señora para que le viniera a hacer el atole, porque como él es hombre no sabe hacerlo. Pagó para que ella lo hiciera, porque no tenían familia aquí".

La parturienta debe guardar reposo, protegerse del *frío* y recuperar el *calor* a través de los alimentos, el reposo y los baños. Las restricciones son precisas y tajantes: la mujer no debe levantarse, debe usar el *zovate*⁵ bien apretado, debe acudir al baño de temascal y debe guardar abstinencia sexual.

En el caso de las mujeres que han sido sometidas a cesárea, la vigilancia, los cuidados y la observancia del reposo durante el puerperio deben extenderse por un lapso más largo y deben ser más estrictos, pues se considera que están expuestas a un riesgo mayor. Son más vulnerables: la herida que les hicieron en el abdomen es un lugar propicio para la introducción del *frío*; cualquier esfuerzo les puede traer complicaciones posteriores, como dolor, sangrado o la imposibilidad de volver a concebir.

La abstinencia sexual durante el puerperio es una regla de cumplimiento estricto tanto para los hombres como para las mujeres –aunque muchas veces se observa esta restricción independientemente del puerperio, debido a la migración de los varones-. Todas las mujeres entrevistadas coinciden en la necesidad de respetar la abstinencia sexual en este periodo y aluden a las consecuencias de la contravención de esta norma:

... si tienes relaciones antes de los veinte días, bueno nada más que te pueden entrar calenturas y enfermar, además quedas embarazada luego, a un año que tenga tu "nene" ya estás embarazada otra vez.

La utilización de cualquier método anticonceptivo les inspira temor y desconfianza, particularmente

5 Mujeres en su primer embarazo y parto.

6 *ZoPate*: faja confeccionada con palma y tejido de algodón; se usa para hacer presión en la cintura.

por el riesgo que representan para la fecundidad de las mujeres, por ser métodos *fríos* que en definitiva podrían causar esterilidad y el consiguiente abandono por parte de sus esposos, aunado a malestares recurrentes como consecuencia del *frío* adquirido.

El seguimiento y control del embarazo, la atención del parto y el cuidado puerperal fueron acompañados y vigilados por la mamá, el esposo y la suegra de la parturienta. Fueron ellos quienes tomaron las decisiones oportunas en cada caso, en tanto acuerdos previamente establecidos como normas y prácticas de su comunidad. En suma, se siguieron pasos predeterminados para el control y vigilancia del embarazo, en los que la partera y las mujeres de la familia desempeñaron un papel central, protegiendo a la puérpera del *frío*, de los *aíres*, de las envidias; vigilando la alimentación y el desarrollo adecuado de las actividades cotidianas. De igual forma, se mandó traer a la partera para la atención del parto, el manejo de la placenta y el cuidado inicial del recién nacido. Las mujeres de la familia, en especial la suegra, están pendientes de la lactancia, el reposo durante el puerperio, los cuidados y la alimentación, la preparación del temascal y el baño, hasta el último evento que es la fiesta de terminación del baño. En cada uno de sus embarazos, las mujeres triquis siguen los mismos procedimientos, siempre y cuando sea posible llevarlos a cabo.

La crianza de los recién nacidos

Todas las familias señalan que el alimento por excelencia para los pequeños es la leche materna, que se constituye a partir de la comida que consume la madre, principalmente de aquellos alimentos que contienen maíz (tortilla y atoles), "porque el maíz es lo que forma el cuerpo y lo mantiene fuerte". Todas las mujeres de estos grupos amamantan a sus hijos; el no hacerlo sería considerado un incumplimiento de su responsabilidad como madres y, por tanto, las expondría a ser cuestionadas como malas madres, malas esposas y malas mujeres.

Estas jóvenes amamantan a sus hijos a libre demanda y por un periodo que oscila entre los 12 y los 18 meses en la segunda generación, y entre 3 y 4 años en la primera. A diferencia de la biomedicina, no se prescribe cuidados especiales durante la lactancia. Lo que sí se vigila constantemente es el cuidado de no exponerse al *frío*; la razón es que el *frío* podría provocar la interrupción de la producción láctea y la transmisión del *frío* al niño le ocasionará dolor abdominal y diarrea, de modo que las madres evitan ingerir alimentos considerados *fríos* o exponerse a cambios bruscos de temperatura al mojarse. Otro aspecto vigilado durante la lactancia es la colocación del *zoyate* que favorecería la mayor producción de leche, asegurando así la saciedad del hambre en el menor. De manera similar, es importante evitar que la parturienta experimente sustos o corajes (disgustos), pues tales emociones, transmitidas a través de la leche, podrían provocar enfermedades en el niño. Por tanto, su esposo y su familia deben procurar no disgustarla y protegerla de sobresaltos.

Hombres y mujeres de la segunda generación piensan que la leche artificial es mejor que la materna por ser un producto de costo elevado y por contener elementos adicionales (vitaminas y minerales) socialmente reconocidos como de alto valor nutritivo.

Para los entrevistados de la primera generación de migrantes, el destete o suspensión de la lactancia se da sin una planeación específica, generalmente al sobrevenir un nuevo embarazo, por lo que oscilará entre los dos y los tres años, aunque puede llegar a los cuatro. Las mujeres de este grupo prefieren amamantar a sus hijos con leche materna, para no invertir tiempo ni dinero en otro tipo de alimento. Entre las personas de la nueva generación la lactancia se puede suspender espontáneamente por decisión de la madre o por indicación del personal de salud, pero también consideran que una mujer embarazada ya no debe alimentar a su hijo con leche materna, ya que esa leche concentra el *calor* de un

nuevo embarazo, es leche asignada al nuevo hijo y por tanto podría hacer que el niño mayor enferme de *chipilez*⁷, mostrándose irritable, llorón, sin apetito y con pérdida de peso.

Un aspecto muy relevante en el cuidado de los pequeños son las prácticas rituales que se realizan con o sin la intervención de los curadores tradicionales. Ya mencionamos la utilización del baño de temascal para fortalecer el cuerpo del niño a través del *calor*. Existen otras prácticas preventivas o propiciatorias del buen estado de salud, el crecimiento y la fortaleza del recién nacido, ya que se maneja la representación social de que si "el nene es débil, su cuerpo necesita *calor* para fortalecerse, necesita cuidados para poder crecer y sobrevivir". Se puede obtener esta protección gracias a la intervención y práctica de la curandera tradicional, quien a través de *limpias*, ofrendas y rezos solicita de forma regular a sus santos que el nene esté sano y no se enferme. Las familias de la primera generación de migrantes llevan a cabo estas prácticas con cierta regularidad, una vez por semana o quincenalmente durante la visita al *tianquis* (mercado) o a la cabecera municipal. En el marco de sus actividades vespertinas o de fin de semana, estas familias requieren los servicios de las curanderas que realizan prácticas adivinatorias y propiciatorias para la salud del niño.

Tradicionalmente la comunidad y la familia asignan a la mujer la responsabilidad de la crianza de los hijos, y sobre ella recae la culpa cuando el descuido deriva en daño o enfermedad. Los conocimientos necesarios para asumir esta tarea tan delicada y valorada se transmiten entre mujeres, mediante un proceso de capacitación en el que las mujeres mayores de cada familia comunican a las más jóvenes representaciones y prácticas que contienen una gran cantidad de elementos de su saber popular. Este saber es recibido por las nuevas madres, pero a menudo lo cuestionan, o no lo asumen de forma integral,

ya que estas jóvenes han adquirido representaciones y prácticas diferentes a través de su contacto con actores sociales urbanos, saberes que mezclan y sintetizan con el saber de su grupo respecto de la crianza, estableciendo una nueva forma de llevar a cabo los cuidados, la vigilancia y atención a los menores. Aunque las mujeres jóvenes ponen en duda lo que sus madres dicen, reproducen parcialmente muchas de sus prácticas. Conscientes de su inexperiencia ante ciertas situaciones, se apegan a la experiencia de sus mayores para evitar el riesgo de complicaciones en la salud de sus hijos e hijas recién nacidos, ya que los consideran vulnerables y débiles.

Conviene resaltar la importancia de la mujer en la atención del proceso s/e/a, pues sobre ella recae el peso de cuidar la salud y prevenir las enfermedades. Sin embargo, tampoco debemos ignorar el hecho de que, dentro del grupo doméstico, la mujer se encuentra en una posición subordinada respecto del varón. Esta situación se manifiesta en la conformación de la familia y sus relaciones internas, así como con otros actores sociales, entre los que nos interesa especialmente la relación respecto de los servicios de salud.

Si bien los varones están menos involucrados en el proceso de crianza por su menor permanencia en el ámbito doméstico y porque consideran esta labor como esencialmente femenina, ellos juegan un papel importante en la interacción lúdica con sus hijos pequeños, sobre todo en el caso de padres jóvenes que refieren representaciones acerca de la necesidad de darles afecto y espacio de juego a los pequeños para garantizarles un mejor crecimiento. Pero son ellos quienes ejercen la autoridad de decidir la administración de leche artificial y alimentos enriquecidos o la elección del padrino de evangelio que protegerá al menor. Aun en la lejanía durante su migración en la frontera norte o en los EE UU mandan indicaciones y autorizan decisiones tomadas por otros miembros de la familia.

7 Enfermedad tradicional caracterizada por llanto constante e irritabilidad.

Conclusiones

Podemos afirmar que los saberes respecto del proceso s/e/a muestran representaciones del cuerpo en relación a la reproducción, a los cuidados, la vigilancia y atención del proceso, cuyas explicaciones pasan principalmente por aspectos del saber popular como la polaridad *frío-caliente*, la necesidad del *calor* para la reproducción, la vigilancia de los *aíres*, el cumplimiento de las normas y obligaciones con la comunidad y con lo sobrenatural. Pero también constatamos representaciones que provienen de la biomedicina como resultado de un contacto cercano y frecuente con las instituciones y el personal del sistema de salud.

El puerperio se presenta como un espacio familiar de recuperación, protección y apoyo para la mujer, casi sin vigilancia de los curadores. Se trata de un espacio ritual con amplia participación de la red de apoyo que pasa por las mujeres de las familias de origen y por el apoyo del varón. Es precisamente en este periodo es donde observamos un cumplimiento más puntual y estrictamente apegado a las representaciones populares, aunque modificadas en algunos casos.

Consideramos la crianza como un elemento central de la salud materno-infantil y reconocemos que la oferta de estos cuidados se ve afectada por las condiciones individuales y familiares, así como por la posición de varones y mujeres dentro del hogar. Y es importante resaltar el carácter exiguo y superficial de nuestros conocimientos acerca de las experiencias de producción y reproducción de cuidados de la sa-

lud ofrecidos en los hogares, así como del manejo de enfermedades en la niñez o durante el embarazo, la interacción de la díada madre-hijo/a, padre-hijo/a, el crecimiento y desarrollo de niños y niñas o la determinación de la alimentación de estos infantes.

Es importante reconocer que la familia o grupo doméstico ha sufrido transformaciones en su estructura, en sus bases sociales y en sus funciones al ampliarse y diferenciarse el medio social en el que se inserta. Además, el grupo doméstico se encuentra entrelazado a una red social extradoméstica conformada por una gran variedad de individuos y grupos. Por consiguiente, la naturaleza, extensión y composición de dicha red tendrá implicaciones sustanciales para la salud del grupo familiar, en su calidad de soporte fundamental en términos simbólicos, económicos y afectivos para los miembros de la unidad doméstica.

El proceso reproductivo es un valioso ejemplo de la medicina de cualquier grupo social que nos permite distinguir la diversidad de elementos que integran su sistema de conocimientos, significaciones y prácticas que inciden en su particular proceso salud/enfermedad/atención en un momento histórico determinado. Sus distintas etapas, además de tener un componente biológico común, idéntico en cualquier grupo humano, presentan otra dimensión fundamental de unidad y diferenciación en sus manifestaciones al estar intrínsecamente relacionada con el conjunto sociocultural de procedencia. Por esta razón debemos considerar el proceso de la reproducción como un proceso esencialmente biocultural.

Bibliografía

Aguirre Beltrán, G.

1980 *Programas de salud en la situación intercultural*. Colección Salud y Seguridad Social, Serie Manuales Básicos y Estudios. México, D. F.: Instituto Mexicano del Seguro Social.

Benítez Zenteno, R.

1979 "La transición **demográfica en México. Problemas y consecuencias**". En: *La Universidad Nacional y los problemas nacionales*. México, D. F.: UNAM (Sociedad y cultura) 2: 43-89.

Bonfil, P. y Point Lalli

1999 *Las mujeres indígenas al final del milenio*. México, D. F.: FNUAP-CONMUJER: 279-98.

Bronfman, M. y H. Gómez Dantés

1998 "La condición de la mujer y la salud infantil". En: Juan G. Figueroa (comp.), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. México, D. F.: El Colegio de México: 89-125.

Cervantes Carson, A.

1999 "Políticas de población, control de la fecundidad, derechos reproductivos. Una propuesta analítica". En: Brígida García (coord.), *Mujer género y población en México*. México, D. F.: El Colegio de México, Sociedad Mexicana de Demografía: 363-420.

1993 "México: **políticas de población, derechos humanos y democratización de los espacios sociales**". En: *IV Conferencia Latinoamericana de Población. La transición demográfica en América Latina y el Caribe*. México, D. F.: INEGI-IISUNAM, vol 2: 759-789.

CONAPO

2000 *Cuadernos de Salud Reproductiva*. Oaxaca, México: CONAPO.

1999 "Veinticinco **años de cambios en la migración interna de México**". En: *La situación demográfica de México*. México, D. F.: CONAPO: 63-73.

Cominsky, S.

1992 "La atención del parto y la antropología médica". En: Roberto Campos Navarro (comp.), *La antropología médica en México*, tomo II. México, D. F.: Instituto Mora, UNAM: 139-224.

1982 "**Knowledge and Body Concepts of Guatemalan Midwives**". En: Margarita Artschwager Kay (ed.), *Anthropology of Human Birth*. Philadelphia: F. A. Davis Co.

Chávez Galindo, A.

1998 *La nueva dinámica de la migración interna en México 1970-1990*. México, D. F.: CRIM-UNAM.

De la Fuente, J.

1977 *Ciclo de vida en Yalalag. Una villa zapoteca serrana*, Clásicos de la Antropología Mexicana. México, D. F.: INI: 175-208.

Echarri Cánovas, C.

1999 "Salud materno infantil y condición de la mujer". En: Brígida García (coord.), *Mujer, género y población en México*. México, D. F.: El Colegio de México: 103-165.

Elu, M. C. y L. Leñero

1992 *De carne y hueso: estudios sociales sobre género y reproducción*. México, D. F.: IMES.

Figueroa, J. G.

1993 "Derechos reproductivos y el espacio de las instituciones de salud: algunos apuntes sobre la experiencia mexicana". En: A. Ortiz Ortega, *Proyecto de investigación y acción sobre derechos reproductivos*. México, D. F.: en prensa: 1-17.

1991 "Comportamiento reproductivo y salud: reflexiones a partir de la prestación de servicios". En: G. Careaga, J. G. Figueroa y M. C. Mejía (comps.), *Ética y salud reproductiva*. México, D. F.: 289-312.

Figueroa, J. G., B. M. Aguilar y M. G. Hita

1994 "Una aproximación al entorno de los derechos reproductivos a través de un enfoque de conflictos", *Estudios Sociológicos* 12 (34): 129-152. México, D. F.: El Colegio de México.

Foster, G.

1980 "Folklores y costumbres del embarazo, nacimiento e infancia". En: Kelly y De Miguel (comps.), *Antropología Médica en España*. Barcelona: Anagrama: 249-266.

Freyermouth, G.

2000 "Invisibles y transgresoras, migración y salud reproductiva en los altos de Chiapas". En: D. Barrera y C. Oemichen (eds.), *Migración y relaciones de género en México*. México, D. F.: GIMTRAP, UNAM/IIA: 203-228.

Galinier, J.

1990 *La mitad del mundo. Cuerpo y cosmos en los rituales otomíes*. México, D. F.: UNAM, CEMCA e INI.

García Alcaraz, A.

1997 *Tinz jei. Los triquis de Copala*. México, D. F.: CIESAS, 2ª edición.

González Montes, S.

1995 *Las mujeres y la salud*. México, D. F.: El Colegio de México.

Güemes, M. A.

- 1997 "De comadronas a promotoras de salud planificación familiar". En: E. Krotz (ed.), *Cambio cultural y resocialización en Yucatán*. Mérida, Yucatán, México: Ediciones de la Universidad Autónoma de Yucatán. Tratados y Memorias de Investigación de la Unidad de Ciencias Sociales: 117-147.

Guiteras Holmes, C.

- 1986 "El ciclo de vida". En: X. Lozoya y C. Zolla (eds.), *La medicina invisible. Introducción al estudio de la medicina tradicional de México*. México, D. F.: Folios Ediciones: 223-233.

Huerta Ríos, C.

- 1981 *Organización sociopolítica de una minoría nacional. Los triquis de Oaxaca*. México, D. F.: INI.

Jordan, B.

- 1993 *Birth in Four Cultures: A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatán, Holland, Sweden, and the United States*. Long Grove, Illinois: Waveland Press.

Kelly, I.

- 1955 "El adiestramiento de parteras en México, desde el punto de vista antropológico", *América Indígena* Vol. XXV, N° 2, I. I. L., México: 109-117.

Langer, A. y R. Lozano

- 1998 "Condición de la mujer y salud". En: Juan G. Figueroa (comp.), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. México, D. F.: El Colegio de México: 33-82.

Lerner, S. y A. Quesnel

- 1994 "Instituciones y reproducción. Hacia una interpretación del papel de las instituciones en la regulación de la fecundidad en México". En: Alba y Cabrera (comps.), *La población en el desarrollo contemporáneo de México*. México, D. F.: El Colegio de México: 85-117.

Lerner, S., A. Quesnel y M. Yáñez

- 1994 "La pluralidad de trayectorias reproductivas y las transacciones institucionales", *Estudios Demográficos y Urbanos* 9(27): 543-578.

López Austin, A.

- 1990 *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas*. México, D. F.: UNAM.

- 1984 *Textos de medicina náhuatl*. México, D. F.: UNAM.

Mellado, V., C. Zolla y X. Castañeda

- 1989 *La atención al embarazo y el parto en el medio rural mexicano*. México, D. F.: CIESAS.

Mendoza G., Z.

2004 *De la casa del nene al árbol de las placentas. Proceso reproductivo, saberes y transformación cultural entre los triquis de Copala en la Merced* (tesis doctoral). México, D. F.: CIESAS.

Menéndez, E. L.

1998 "Estilo de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes", *Estudios Sociológicos de El Colegio de México*: 16(46): 37-67.

Mummert, G.

1998 "Mujeres de migrantes y mujeres migrantes de Michoacán. Nuevos papeles para los que se quedan y para los que se van". En: Calvo y López (coords.), *Movimientos de población en el occidente de México*. Zamora, México: El Colegio de Michoacán, CEMCA: 281-297.

Ojeda, N.

1999 *Género, familia y conceptualización de la salud reproductiva en México*. Tijuana, México: El Colegio de la Frontera Norte: 263-300.

Stern, C.

1996 *El papel del trabajo materno en la salud infantil. Contribuciones al debate desde las ciencias sociales*. México, D. F.: The Population Council y El Colegio de México: 21-36.

Tibón, G.

1981 *La tríade prenatal (cordón, placenta y amnios). Supervivencias de la magia neolítica*. México, D. F.: Fondo de Cultura Económica.

III

EXPERIENCIAS DE SALUD INTERCULTURAL EN POTOSÍ

PRESENTACIÓN

A continuación se presenta una sección de experiencias prácticas en salud intercultural realizadas por varios organismos de la cooperación internacional junto con instituciones públicas de salud del departamento de Potosí y otra a nivel nacional.

Se trata de iniciativas exitosas e importantes que han sido apoyadas a nivel nacional por el Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia y a nivel local por el SEDES, las redes de servicios de salud y los municipios. Las mismas están orientadas a la articulación entre sistemas médicos, formación de recursos humanos y adecuación cultural de los servicios sanitarios, y que hoy representan un modelo para seguir impulsando políticas y acciones en ámbito de la salud intercultural.

Todas estas experiencias son el producto de años de investigación, planificación y de contacto directo con la problemática de salud de los pueblos indígenas y originarios del país, llevadas a cabo por miembros de la cooperación internacional y del sector público de salud, personal sanitario y médicos tradicionales. Estas vivencias ofrecen hoy la posibilidad de conocer y aprender. Por esta razón, el objetivo de la sección es rescatar dichas iniciativas y presentar sus avances, fortalezas y debilidades, al fin de ofrecer a un público amplio (como instituciones públicas y privadas de salud, ONG, instituciones académicas nacionales e internacionales) las lecciones aprendidas sobre la comprensión de la realidad sociosanitaria local y la planificación e implementación de acciones en salud intercultural.

LA ADECUACIÓN CULTURAL DE LAS INFRAESTRUCTURAS DE SALUD

Ingrid Tapia, Juan Carlos Delgadillo O.

Introducción

Con la finalidad de desarrollar estrategias que permitan alcanzar los objetivos del milenio en Bolivia -estrategias dirigidas a la disminución de la mortalidad materna e infantil y a mejorar la accesibilidad y la calidad de los servicios de salud sobre todo en las áreas de mayor incidencia de población indígena y originaria- el Ministerio de Salud y Deportes en el marco del convenio con el Programa de Apoyo a la Higiene y Salud de Base (PROHISABA), la Prefectura de Potosí, el Servicio Departamental de Salud (SEDES) Potosí y el Fondo Nacional de Inversión Productiva y Social (FPS) impulsaron el desarrollo de actividades relacionadas a la adecuación cultural de los servicios de salud. Entre ellas se destaca la construcción y el equipamiento de infraestructuras con enfoque intercultural que fueron implementadas en zonas de difícil acceso y cuyos indicadores sanitarios eran negativos.

Con el objetivo de disminuir las brechas de inequidad y hacer posible que poblaciones históricamente marginadas puedan contar con infraestructuras sanitarias contextualizadas a su realidad

sociocultural, en el departamento de Potosí, en el periodo 2006-2008, se construyeron 47 establecimientos de salud, de los cuales 39 poseen adecuaciones culturales. Se incorporó el enfoque intercultural a partir de la constatación de que en la última década las infraestructuras en salud se construyeron con bases poco contextualizadas con la realidad sociocultural, lo cual dio lugar al emplazamiento de establecimientos de salud casi idénticos en punas y valles, en planicies y montañas, y que, además, presentaban diseños arquitectónicos que se constituían en barreras culturales y que contribuían a la baja tasa de asistencia de la población.

El presente artículo describe la experiencia de la construcción de establecimientos de salud con adecuaciones culturales; destaca, asimismo, la importancia de implementar metodologías que permitan la participación de la comunidad en las diversas etapas de diseño y construcción de las obras. Finalmente, se presentan opiniones sobre el funcionamiento de los espacios destinados a los terapeutas tradicionales en los hospitales del sistema oficial de salud.

Contexto general de la experiencia

Influenciadas por las numerosas experiencias de salud intercultural que se han desarrollado en distintos lugares del país, en la última década se han producido cambios importantes en las políticas de salud. La mayoría de estas experiencias estuvieron orientadas a impulsar un acercamiento entre el sistema sanitario estatal y el sistema tradicional.

Frente a la dispersión de esfuerzos y a los intentos de las instituciones de sugerir lineamientos para la construcción de una política de salud intercultural, el Ministerio de Salud y Deportes, en el año 2004, conformó la Mesa de Salud Intercultural que aglutinó a diferentes actores -estatales, organizaciones no gubernamentales, cooperación internacional- involucrados en el tema. La tarea que se le encomendó a esta instancia fue la de establecer líneas de acción para la articulación entre sistemas médicos, incorporando prácticas y conocimientos tradicionales y planes de salud de pueblos indígenas y originarios. De igual manera, se le asignó como labor prioritaria la definición de una estrategia para la adecuación cultural del parto. Para ello, durante el 2004 y 2005, se organizaron talleres y se determinaron algunas sistematizaciones que dieron como resultado principal la elaboración de la *Guía para la atención de la salud materna con enfoque intercultural*, publicada por el Ministerio de Salud en 2005. Este documento se constituye en un instrumento de referencia que apoya operativamente a los equipos de salud a mejorar sus acciones, además de ofrecer una serie de recomendaciones para la adecuación de los servicios de salud a la realidad sociocultural de la región. La particularidad de este documento -que no ha sido desarrollado en ningún otro contexto institucional en América Latina- está relacionada a la adecuación cultural de los espacios físicos y el equipamiento de los establecimientos de salud. Esta *Guía* ha sido utilizada por el PROHISABA como base de trabajo para la implementación de espacios adecuados culturalmente.

En este contexto, el PROHISABA impulsó el desarrollo de actividades relacionadas a la adecuación cultural de los servicios de salud en Potosí y Tarija. Entre ellas destaca la construcción y el equipamiento de infraestructuras con enfoque intercultural que fueron implementadas en zonas de difícil acceso donde no existían infraestructuras sanitarias y donde los índices del estado de salud eran alarmantes.

Con esta información, y de manera conjunta con el SEDES Potosí, se priorizó la intervención en 21 municipios en el departamento de Potosí, en 17 de los cuales se refaccionaron, ampliaron o construyeron establecimientos de salud con adecuaciones culturales. Una característica de esta experiencia fue el trabajo compartido con el FPS para la ejecución de las obras. Esta entidad, que se constituye en el brazo operativo del Estado boliviano, mantiene como una de sus responsabilidades la ejecución de programas y proyectos de mejoramiento de la infraestructura de salud, educación, servicios básicos y otros. Por la magnitud financiera que implicaba la ejecución de este componente, en 2004 el PROHISABA firmó un convenio con el FPS a objeto de delegarle parte de la ejecución de la preinversión e inversión de los proyectos de construcción de infraestructuras sanitarias, agua, saneamiento básico y desarrollo comunitario. La principal ventaja del trabajo coordinado fue la amplia experiencia y la capacidad probada del Fondo para administrar recursos con mecanismos para el cofinanciamiento con los gobiernos municipales. De tal manera que se llegó a un acuerdo con la prefectura de Potosí en el cual se definió la participación económica del 5% por parte de la Prefectura y el 95% por parte del Programa.

Fundamentos para la adecuación cultural de los centros de salud

* Arquitecta: Ruth Velasco Garrón

En los últimos diez años, las construcciones dirigidas a los sectores de salud y educación estuvieron basadas en tipologías constructivas foráneas, ajenas a las realidades culturales locales, tanto por tipo de

diseño como por los materiales utilizados. Por ello, cuando visitamos áreas rurales encontramos edificios que resaltan por la gran diferencia en los sistemas de construcción y por sus características morfológicas extrañas al lugar de su emplazamiento. Estos diseños son el resultado de políticas adoptadas desde los ministerios o resultado de "consultorías de escritorio" con visiones occidentales homogenizantes, que no responden a la diversidad cultural del país -particularmente en el área andina.

Desde un punto de vista arquitectónico, los hábitos de vida de cualquier sociedad se reflejan en la forma de uso del espacio y en la tipología del sistema constructivo; esto se agudiza aun más en las poblaciones que conservan en gran porcentaje sus hábitos culturales ancestrales. Por ello, de acuerdo a las investigaciones realizadas, esta diferencia en la concepción espacial, funcional y morfológica se traducen en barreras arquitectónicas que forman parte de las causas por las que los habitantes de áreas rurales no acceden a los establecimientos de salud.

Un claro y sencillo ejemplo de estas afirmaciones se observa en la diferencia de tamaño y cantidad de ventanas utilizadas en las viviendas locales y en los centros de salud; en las primeras, apenas se consideran pequeñas aberturas que no pasan de dos en cada habitación y con una superficie que inferior a un metro cuadrado; en cambio, los establecimientos de salud se caracterizan por sus amplios ventanales que, muchas veces, por su mala orientación son innecesarios y más bien perjudiciales.

La utilización de materiales de acabado como pinturas y revestimientos, por lo general claros y brillosos; ventanas amplias en muchos casos en tres de cuatro paredes, ambientes fríos y muy iluminados, son algunos de los ejemplos que no se adecuan a la forma de vivir y de sentir de las poblaciones rurales, por lo tanto esto hace que exista **un rechazo silencioso al sistema de atención en salud biomédico traducido en los índices de poca utilización de los servicios institucionales de salud.** (Velasco, 153,154:2007).

Si a estas consideraciones generales introducimos un tema central, como el parto, el análisis se complejiza aún más. En el área andina este proceso (el parto) se desarrolla de una forma completamente distinta a la de la vida occidental. Las concepciones culturales de las mujeres, su relación con el uso del espacio vinculado con los protocolos de atención y el espacio donde se realizan los partos biomédicos son radicalmente distintos de las creencias locales: "La mujer -en áreas rurales andinas- no debe salir de la casa donde dio a luz, no debe tocar agua fría, se cubre la cabeza y se colocan varios símbolos en la puerta de su casa para ahuyentar a espíritus malignos". Es importante que ella se mantenga caliente y que esté siempre acompañada por sus familiares o por la partera. El ambiente es cálido, debe tener luz difusa y acceso inmediato a la preparación de infusiones que permitan mantener una buena temperatura en el cuerpo de la parturienta.

En los partos domiciliarios de la región andina, la nueva madre se abriga y se cuida del frío y del viento... el lugar más apropiado para el parto es la cocina, debido a su calor en relación con lo demás de la vivienda y la naturaleza de su iluminación, tradicionalmente con la lumbre del *qhiri* con *t'ula*, en tanto que en los otros cuartos sólo hay mecheros. (Arnold et al: 2001)

En los partos institucionales atendidos en los diferentes establecimientos de salud, debido a varios factores como son los protocolos institucionalmente aceptados, la falta de espacio, la falta de recursos para la atención prolongada, etc. las mujeres que dan a luz, generalmente son dadas de alta al finalizar el segundo día de internación, y en el transcurrir de estas 48 horas han permanecido algunas horas en la sala de internación, otras en enfermería o consultorio. Esto significa que el sistema oficial de salud no permite a la parturienta contar con un espacio en el que se sienta cómoda, donde permanezca protegida del frío y sobre todo donde pueda permanecer el tiempo necesario de acuerdo a sus características culturales. (Velasco,153 y 154:2007)

La dispersión geográfica, la falta de comunicación vial entre comunidades y de éstas a los puestos de salud, también se constituyen en una gran barrera para el acceso al sistema de salud: una parturienta, o alguna persona enferma, no puede desplazarse sola a kilómetros de distancia. Por esta razón los parientes necesariamente acompañan en este traslado, pero cuando llegan a los puestos de salud les indican que sólo la persona enferma -y en caso de parto únicamente la mujer que va a dar a luz- tiene cabida; los acompañantes tienen que buscar un lugar donde pernoctar y muchas veces permanecen en los pasillos del establecimiento de salud esperando el amanecer de un nuevo día. La propuesta para superar esta situación radica en el diseño de un espacio que permita a los familiares permanecer cerca a sus enfermos, que puedan calentar o preparar comida para su alimentación diaria mientras deban permanecer en el puesto de salud.

La revalorización cultural de algunos aspectos no debe ignorar a las técnicas de construcción propia del lugar, introducir materiales ajenos al medio: ladrillo en lugar de adobe, hormigón armado en lugar de madera, revestimientos de pisos exteriores de cemento en lugar de piedra por ejemplo, son as-

pectos que deben merecer un mayor análisis antes de asumir una decisión de construcción, porque es posible que las respuestas globales y uniformes que dan las políticas públicas, lejos de coadyuvar a la durabilidad y mantenimiento de los centros de salud en áreas rurales, contribuya más bien a la discriminación y a la escasa valorización de los saberes tecnológicos de estas comunidades. Por ello, el uso de materiales en las obras merece también un enfoque distinto, es decir que se deben buscar los mismos resultados: durabilidad, comodidad, buenos costos, etc. sumados a un aspecto fundamental: todos(as) los(as) usuarios(as) deben participar del proceso de implementación. Para ello, la participación de todas las personas representativas de los sectores que utilizarán los establecimientos de salud en los procesos de diseño y de construcción es fundamental, porque permite una apropiación del proyecto y una responsabilidad en los resultados.

Tomar en cuenta sus percepciones, sus razones y sus opiniones resulta altamente satisfactorio porque, objetiva y técnicamente, se adecuan soluciones que muchas veces por falta de vivencia práctica no son tomados en cuenta.



Centro de salud intercultural de Chalviri © Giuseppe Iamele, PROHISABA

Con las adecuaciones culturales, se pretende por tanto:

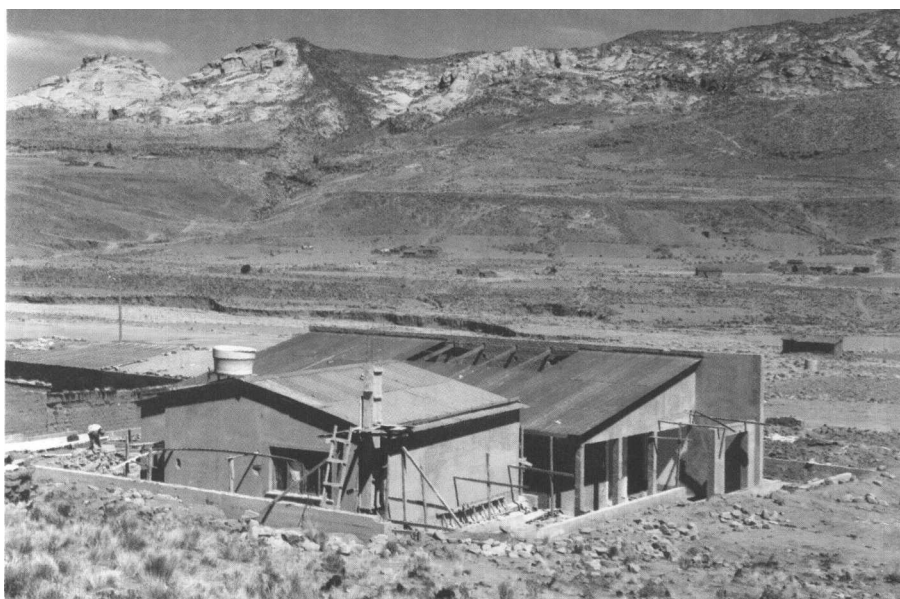
[...] brindar espacios físicos donde diversos usuarios, con diferentes percepciones culturales o diferente cosmovisión (personal biomédico, prestadores de servicio de la medicina tradicional, pacientes, familiares, etc.) puedan sentirse cómodos al desarrollar sus actividades, permitiendo una mayor accesibilidad hacia los servicios de salud. (Ibid.).

Antecedentes de la experiencia

La construcción de infraestructuras sanitarias era uno de los objetivos más importantes de los proyectos del PROHISABA. En el departamento de Potosí la demanda de intervención surgió a través del SEDES Potosí, sin embargo, fue a solicitud expresa de los municipios que se planteó la realización de estudios de diseño final. Una vez concluidos se realizaron visitas de evaluación y se priorizaron las infraestructuras de salud de los municipios piloto para su rehabilitación, ampliación, o construcción, según correspondiese en las áreas priorizadas por el

SEDES y seleccionadas por el Programa. Para satisfacer las demandas emergentes de algunas organizaciones de medicina tradicional, y en la perspectiva de avanzar en la implementación de un enfoque intercultural, se decidió la incorporación de espacios destinados a médicos y parteras tradicionales en las nuevas infraestructuras hospitalarias. Es importante mencionar que el componente de interculturalidad no fue incorporado desde el inicio del programa, por esta razón, los primeros establecimientos construidos no tienen adecuaciones culturales.

Por otra parte, Potosí es el Departamento donde se concentraron la mayor parte de las experiencias en salud intercultural, que posteriormente se difundieron en todo el país. Uno de los eventos centrales que desencadenó esto fue el primer Postgrado en Salud Intercultural desarrollado por la Cooperación Italiana (2001-2002). Resultado de ello es que Potosí cuenta con profesionales de diferente formación académica y amplios conocimientos sobre la interculturalidad en salud, profundamente comprometidos. Estos profesionales, a partir de sus lugares de trabajo, empezaron a replicar sus conocimientos, a innovar experiencias que tenían como



Centro de salud intercultural de Chalviri © Giuseppe Iamele, PROHISABA

prioridad **el respeto y la valorización de los saberes y prácticas del sistema tradicional, y a promover la complementariedad de saberes y prácticas entre los sistemas de salud.** Durante el periodo 2003-2006 la **organización no gubernamental Cooperazione Internazionale (COOPI) aglutinó a algunos de estos profesionales y desarrolló un proyecto integral de salud intercultural en el municipio de Tinguipaya, el mismo que tuvo como eje principal la construcción de un hospital intercultural. La implementación de esta experiencia fue un antecedente que motivó la reflexión sobre la pertinencia de construir hospitales con adecuaciones culturales.**

En este contexto, durante el proceso de los estudios de preinversión, se contrató expertos en el tema de **infraestructura con enfoque intercultural para que difundieran esos conocimientos y capacitaran a consultores externos, pues en lo referente a la construcción de establecimientos de salud la incorporación de adecuaciones culturales era un requisito.**

Definición de espacios adecuados culturalmente

En los congresos del Consejo de Médicos Tradicionales de Potosí (CODEMETROP) se definió la importancia de la articulación entre los sistemas médicos; la directiva de esta organización analizó varias estrategias que permitieran un mayor acercamiento entre terapeutas del sistema tradicional y del institucional. Una de las alternativas que se consideró importante fue la de construir hospitales "mixtos", donde biomédicos y terapeutas tradicionales pudieran trabajar en un mismo espacio físico, apuntando a cierta independencia del médico tradicional. Por ello el CODEMETROP manifestó al SEDES y al PROHISABA la importancia de que las nuevas infraestructuras sanitarias contemplen espacios destinados exclusivamente al médico tradicional y a la sala de partos donde se pueda realizar atenciones de manera conjunta.

[...] para aprobar esa construcción con espacio para partera y médico tradicional hemos luchado

fuerte, **hemos dicho al PROHISABA que tenemos que aprobar esas infraestructuras,** además ahora las nuevas leyes apoyan **esto, tenemos que articulamos de diferentes maneras.** (Director CODEMETROP)

Luego de varias consultas con el SEDES, el PROHISABA definió -junto al CODEMETROP y a algunos gobiernos municipales- la inclusión de tres módulos interculturales que estén representados por: a) espacio para el médico tradicional; b) sala de parto tradicional; y e) albergue para los familiares.

La pertinencia de la inclusión de estos espacios ya había sido analizada a nivel de Potosí. En el caso del espacio del médico tradicional se contaba con la experiencia del hospital de Tinguipaya, que en ese momento tenía perspectivas alentadoras. La utilidad de la sala de parto tradicional también fue validada por varias experiencias en diversas comunidades del Departamento y por todo un conjunto de normas y guías para la atención de la maternidad provenientes del Ministerio de Salud y de la OPS. El albergue familiar fue considerado como una necesidad evidenciada por la cotidianeidad y por un estudio que se realizó en el primer Postgrado de Salud Intercultural, en el cual se testimoniaba el sufrimiento y la incomodidad que atravesaban los acompañantes del enfermo al no disponer de este tipo de espacio.

Descripción del proceso de implementación de infraestructuras sanitarias con adecuaciones culturales.

Para iniciar el trabajo de adecuación cultural se contrataron, inicialmente, consultores para la elaboración de una propuesta que combine lo técnico con las demandas de las organizaciones de terapeutas tradicionales y con la realidad sociocultural de la población; posteriormente se contrató fiscales de obra responsables de la fiscalización, seguimiento y cumplimiento de la ejecución física de los proyectos.

Primera etapa: Capacitación a personal técnico en temas de interculturalidad en infraestructuras sanitarias.

Una vez elaborada la propuesta para incorporar adecuaciones culturales en los establecimientos de salud, los consultores del PROHISABA constataron que los profesionales del área de construcción -en especial ingenieros y arquitectos- desconocen las prácticas curativas que emplean las poblaciones en el área rural y muestran poco interés en conocer los usos y costumbres que implican eventos importantes inherentes a la salud, como ser el parto o la muerte, entre otros.

Esta forma tradicional de trabajo fue cuestionada en el PROHISABA y por ello se decidió asumir el desafío de cambiar este enfoque, centrado en lo "ingenierístico" y descuidando lo social, por una intervención que tome en cuenta las propuestas, los deseos y las necesidades de los usuarios. Por esta razón se estableció como requisito que en el diseño y en la construcción de las nuevas infraestructuras sanitarias se tomen en cuenta los aspectos socioculturales de la población y los aspectos topográficos y climatológicos de las regiones para incorporar espacios con adecuaciones culturales que estén destinados a los terapeutas tradicionales y a los familiares de los enfermos.

Para iniciar el cambio se definió, como una primera estrategia, llevar adelante sesiones de capacitación a los técnicos en temas de salud intercultural y antropología de la arquitectura, a fin de que la propuesta de construcción sea mejor comprendida y asumida por el personal del FPS. En esta etapa inicial combinar lo intercultural con lo técnico no fue una tarea fácil.

[...] ha sido un choque... es que son objetivos totalmente distintos, el trabajar en instituciones como el FPS que utiliza técnicas tan poco ligadas al aspecto social es muy difícil; y el tema de la interculturalidad y la arquitectura, por ejemplo, es algo que va más ligado a lo social que a lo técnico. (Arquitecta PROHISABA)

Otro elemento que generó dificultad en la ardua labor de compatibilizar lo técnico con lo cultural fue el uso de materiales de construcción. En el proceso de preinversión existieron dos tendencias dentro de los profesionales encargados del diseño de las infraestructuras sanitarias: la posición de los técnicos del FPS se adhería al uso de materiales modernos, livianos, como el ladrillo, esta posición también era compartida por una mayoría de las autoridades municipales del área rural, e incluso por muchos pobladores de las comunidades. En efecto, entre las comunidades incorporar materiales "externos" simboliza modernidad, riqueza, prestigio.

Generalmente en las comunidades la gente quiere que su escuela o su hospital sea el más bonito de la zona, y para ellos, eso significa usar ladrillo, ventanales y que sea lo más moderno posible. Como la mayoría de la gente del área rural migra a la Argentina o a Santa Cruz quiere tener en su comunidad lo que ve [...], usar adobe o muros bajos es una señal de retroceso. (Ingeniero civil FPS)

La otra tendencia se orientaba hacia la recuperación de técnicas y materiales, lo que permitía revalorizar los sistemas de construcción de la población y generar recursos económicos a sus pobladores, además de disminuir costos de transporte de materiales. Esta opción no fue aceptada, pero se constituye en una propuesta técnica valedera para gran parte del territorio potosino caracterizado por ser montañoso y de difícil acceso, situación en la que se encuentran muchas comunidades que no tienen llegada a caminos carreteros y donde el único medio de transporte de carga son los burros.

[...] los técnicos debemos rescatar los sistemas constructivos como una forma también de valorizar la cultura, porque la arquitectura es una representación de la cultura, entonces estamos hablando de recuperar y valorizar lo nuestro, en el tema técnico hay que hacer también bastante ejercicio, en el área rural hay viviendas que se mantienen años y años, y por qué no valorizar esa

realidad, esa capacidad técnica; y, por otra parte, por qué los técnicos, que nos preciamos de aportar a la sociedad, por qué no contribuimos a mejoras esas técnicas con los conocimientos que tenemos. Entonces ésa debería ser una tendencia en el tema de la arquitectura y de la construcción en general y no sólo en el tema de la salud, hay tanta riqueza en el área rural sobre la forma de cómo construir sus espacios que no podemos quedar ciegos. (Arquitecta PROHISABA)

En la etapa de preinversión ésta fue la principal dificultad, que fue superada por la decisión de construir los establecimientos de salud con ladrillo y no con adobe, además las normas técnicas e institucionales limitaron parcialmente algunas innovaciones.

Bases técnicas, conceptuales y normativas sobre las cuales se construyeron los hospitales con adecuaciones culturales

La introducción del enfoque intercultural en infraestructuras sanitarias se basó principalmente en la *Guía para la atención de la salud materna con enfoque intercultural*, este documento fue la base conceptual y normativa para la incorporación del espacio desti-

nado al parto tradicional, y fue enriquecido con las opiniones y sugerencias de mujeres y parteras que participaron en los procesos de construcción.

Si no hubiera habido la *Guía* publicada por el Ministerio para la atención de la maternidad con enfoque intercultural, hubiera sido muy difícil realizar adecuaciones culturales a los establecimientos de salud, porque en instancias técnicas que se ocupan de infraestructuras todavía hay mucha resistencia a lo intercultural. (Personal PROHISABA)

Si bien la *Guía* contiene bases conceptuales y técnicas para incorporar el enfoque intercultural en lo que concierne al parto, es imprescindible en el futuro llevar adelante investigaciones que profundicen este conocimiento y que den cuenta de la pertinencia o no de realizar adecuaciones culturales en los establecimientos de salud. En caso de concluir positivamente, será necesario crear e implementar normas nacionales que coadyuven a su funcionamiento. En lo que concierne a la existencia de bases conceptuales para la adecuación de los



Centro de salud intercultural de Betanzos © Giuseppe Iamelle. PROHISABA

espacios destinados a los médicos tradicionales no existe bibliografía específica que dé cuenta de ello, este aspecto también deberá ser evaluado para definir su pertinencia. En general, a nivel de Bolivia -y probablemente de América Latina- existe muy poca producción científica sobre diseños arquitectónicos de establecimientos de salud con enfoque intercultural y que incorpore espacios destinados a médicos tradicionales. Con nuestras experiencias llenar este vacío será una contribución muy importante.

La base técnica para la construcción de las infraestructuras estuvo definida por la guía de presentación y aprobación de proyectos del FPS y la norma nacional para la construcción de infraestructuras sanitarias que responde al enfoque del sistema bio-médico.

Compatibilización de la norma nacional para la construcción de infraestructuras sanitarias, con la "Guía de presentación y aprobación de proyectos del FPS" y con el enfoque de interculturalidad en salud.

Esta tarea de compatibilización no fue fácil, sobre todo en su etapa inicial: si bien el FPS tiene una amplia experiencia en la administración de recursos a gran escala, así como mecanismos para su co-financiamiento, en lo que concierne al tema de interculturalidad no tenía experiencia; **más aún, sus reglas y procedimientos internos limitaron el desarrollo de este enfoque.** Por las características de los procesos interculturales y por las experiencias anteriores se identificó que la principal dificultad en la etapa de preinversión era el tiempo insuficiente para generar procesos participativos con la población, este aspecto fue uno de los más determinantes en las perspectivas de sostenibilidad social de los establecimientos de salud.

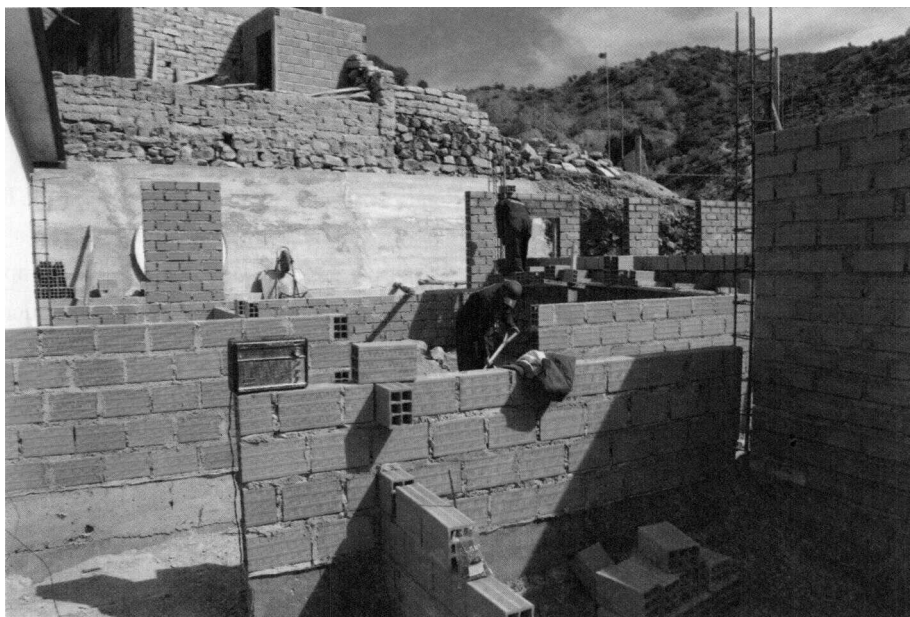
Desde luego, el desarrollo de procesos participativos en el tema de interculturalidad requiere de tiempos, a menudo poco compatibles con las exigencias institucionales de avances físico-financiero de los proyectos. La participación de la población

en el diseño y en la construcción de una infraestructura tiende a prolongar los tiempos de ejecución de obras, aunque a la larga se constituya en una inversión rentable, ya que el tiempo que se necesitó para consultar y recoger sugerencias de la población permitió tejer lazos que coadyuvaban a ampliar las posibilidades de que la comunidad se apropie de su establecimiento de salud y, en consecuencia, lo cuide, lo mantenga y probablemente lo mejore.

Este tiempo necesario para recoger demandas y sugerencias de parte de la población no fue suficiente en el desarrollo de las primeras construcciones, quizás porque el FPS tenía normas que otorgaban tiempos bastante cortos, lo que limitó de sobremana la participación de terapeutas, autoridades y población en general. Asimismo, las exigencias de cumplimiento de plazos de parte del financiador, en este caso el PROHISABA, tampoco permitieron desarrollar procesos participativos más largos.

Otras dificultades que se presentaron en esta primera etapa fueron la duplicidad de funciones y la divergencia de criterios entre técnicos. El PROHISABA, en la perspectiva de no perder de vista el enfoque cualitativo que requería la implementación de las infraestructuras con enfoque intercultural, contrató monitores responsables de realizar la coordinación con el personal del FPS -en lo concerniente a la ejecución de los proyectos- esta modalidad trajo consigo dificultades, pues no se delimitó claramente los roles de sus intervenciones, lo que **en ocasiones** produjo esa duplicidad de funciones e intensificó divergencias de criterios, situación que posteriormente se tomó más bien en un aprendizaje de complementariedad mutua.

[...] al inicio hubieron muchas dificultades, porque los monitores del PROHISABA hacían lo mismo que nosotros aunque con un enfoque diferente, a consecuencia de ello hubo mucha tensión y la divergencia de criterios era notoria [...], pero luego de las primeras obras y con varias reuniones de coordinación se superaron estas dificultades y luego se trabajó muy bien. (Ingeniero FPS)



Centro de salud intercultural de Poco Poco © Giuseppe Iamele, PROHISABA

Las dificultades que se presentaron en el desarrollo de las primeras infraestructuras fueron analizadas a objeto de identificar las causas que las estaban produciendo y a definir medidas correctivas a ser implementadas en el segundo grupo de obras. Para superar estos obstáculos fue necesario realizar esfuerzos orientados, principalmente, a implicar más a la población en el proceso de diseño y construcción y a coordinar y complementar mejor el trabajo entre funcionarios del FPS y PROHISABA. En esta etapa se empezó a reflexionar sobre estrategias para el mantenimiento y sostenibilidad de las infraestructuras.

Segunda etapa: construcción de establecimientos de salud con enfoque intercultural (2006 -2007)

La implementación del segundo grupo de infraestructuras se inició aplicando las recomendaciones que surgieron de la evaluación realizada a las primeras, donde se asumía como prioridad el desarrollar procesos más participativos en el diseño y ejecución, para ello se estableció como requisito en el trabajo de todos los técnicos la implementación de estra-

tegias que logren mayor participación comunitaria. De esta manera los consultores individualmente buscaron medios y formas para lograr que la población se involucre en este proceso, logrando buenos resultados aunque siempre limitados por el tiempo que establecían las normativas institucionales.

Participación de la comunidad

La participación de la población se incrementó principalmente en la etapa de ejecución y, sobre todo, en la definición de los detalles de los espacios adecuados culturalmente, es decir, la sala de partos, el espacio para el médico tradicional y los albergues familiares. Cada consultor desarrolló sus propias metodologías para despertar el interés y convocar a reuniones a la población y a las autoridades; asimismo, aplicó técnicas que motivaron a una mayor participación activa y propositiva. En estas actividades se destacó la participación de las mujeres, porque fueron ellas las más interesadas en opinar sobre estos aspectos.

Con relación al tema de la participación es importante reflexionar su significado e implicancia, pues para algunas instancias ésta (la participación)

se resumió a validar alguna propuesta con las autoridades, sin haber desarrollado un proceso de acercamiento y de construcción de relaciones de confianza

[...] el tema de la participación no es una novedad para el FPS, en todos sus proyectos los consultores tienen la obligación de presentar las propuestas y recoger las demandas de la población. (Ingeniero FPS)

La falta de una formación social en las ramas técnicas, como la arquitectura y la ingeniería, fue sentida por algunos de los consultores que llevaron adelante el proceso con la premisa de que la participación comunitaria era importante. Esta experiencia permitió a ingenieros y arquitectos reflexionar sobre la importancia de "construir con la gente"; dio lugar a que se cuestionaran sobre sus limitaciones respecto al manejo de técnicas y dinámicas que motivaran la participación de la comunidad y que estén adaptadas a su realidad socio-cultural.

Hemos buscado la forma para que la gente interprete los planos, teníamos que recorrer por el terreno y explicar ahí mismo donde iban a estar ubicados los consultorios, baños y otras dependencias, luego nos íbamos a su sala de reuniones, ahí se debatía, y las señoras en especial eran las que preguntaban. Luego, para la definición de colores, llevábamos varios en sus diferentes tonalidades para que la gente viendo pueda elegir los colores con los que se iba a pintar el centro de salud, la sala de partos y el espacio para el médico tradicional. (Consultora PROHISABA)

La participación en la construcción y detalles de las obras no fue restringida sólo a la población de las comunidades, se amplió también al personal de salud, lo que fue muy importante, pero también generó discrepancias. Se tuvo que realizar muchas negociaciones para tomar una decisión. Esta situación fue positiva porque permitió conocer la posición de la población y del personal de salud, pero logró desarrollar capacidad para gestionar acuerdos y evitar que se desencadenen conflictos.

[...] en el caso de Julio el biomédico ha rechazado los detalles de los ambientes adecuados culturalmente, la sala de parto tenía que ser roja, pero no ha aceptado y finalmente se ha pintado de blanco, [...] las modificaciones se han realizado a veces por solicitud del biomédico a veces por la población, pero en lo que más divergencias ha habido ha sido en los muros perimetrales, en inicio se diseñaron muros bajos similares a las viviendas de la gente del área rural, pero la población no quería así sino muros altos. (Ingeniera FPS)

Aprendizajes institucionales mutuos y complementarios

En el proceso de implementación de las infraestructuras correspondientes a la segunda etapa, las relaciones entre personal operativo encargado de las construcciones del FPS y del PROHISABA mejoraron. Se delimitaron los roles y funciones de cada personal y, sobre todo, se generó una complementariedad de conocimientos y procedimientos a través de aprendizajes mutuos; el personal del PROHISABA aportó con la visión de la interculturalidad, de la participación comunitaria y de la importancia de no descuidar lo cualitativo; el del FPS con sus amplios conocimientos en los manejos administrativos y de negociación con los gobiernos municipales. De esta manera se logró realizar un trabajo institucional más eficiente y con mayor calidad.

[...] la interculturalidad ha sido una novedad para el FPS, aunque al principio se ha visto como un retroceso porque no nos parecía ni muy técnico ni muy sanitario, ha ido en contra de lo normal de lo que sabíamos hacer, pero con el tiempo fue un aprendizaje de sensibilidad y de tomar en cuenta las características culturales en la construcción de establecimientos de salud que pienso tomar en cuenta en futuras construcciones, al igual que el otro personal de FPS. (Ingeniera FPS)

Es también importante mencionar que el enfoque con el cual el PROHISABA encaró las infraestructuras sanitarias se constituyó en una innovación cualitativa para la principal instancia estatal que ejecutó obras -el FPS- y se espera que esta visión de combi-

nar lo técnico con lo social y cultural trasunte a otros sectores y se institucionalice en el área de la salud.

Es con PROHISABA que se inicia la adecuación intercultural, antes nunca se involucró el FPS en este campo, además en este periodo 2005-2008 han sido los únicos que han trabajado con el FPS con este enfoque que es muy importante dado el contexto social del país. (Ingeniera FPS)

En el desarrollo de las diferentes actividades contempladas en el segundo grupo de infraestructuras se lograron importantes mejoras cualitativas, sobre todo en los procesos participativos comunitarios y en el relacionamiento institucional. Asimismo, se consideró prioritario encarar en la siguiente etapa la formalización e institucionalización de metodologías que permitan la participación comunitaria en los procesos de decisión durante la planificación e implementación de infraestructuras sanitarias.

Tercera etapa

En el periodo 2006-2008 el FPS asumió otros compromisos que le impidieron ejecutar las obras financiadas por el PROHISABA, obras enmarcadas en el tercer grupo. Este hecho se dio principalmente por falta de recursos humanos disponibles, de esta manera, la construcción de estas infraestructuras las ejecutó el PROHISABA vía administración directa. Es importante hacer notar que el segundo y tercer grupo de obras se ejecutaron de manera casi simultánea.

Paralelamente a la ejecución de las obras de infraestructura, el Consejo Departamental de Médicos Tradicionales de Potosí conformaba sus consejos municipales con el objetivo de tener instancias representativas y descentralizadas a nivel municipal. El surgimiento de éstas se constituía en una oportunidad para contar con interlocutores representativos de la medicina tradicional y delegarles la tarea de dar funcionalidad a los espacios destinados a terapias tradicionales en los hospitales con adecuaciones culturales. Sin embargo, los consejos municipales, luego de su creación, tuvieron dificultades

y no lograron consolidarse, a excepción de algunos casos, donde tal vez puedan, a futuro, asumir la responsabilidad del seguimiento y control de los espacios construidos para la práctica de la medicina tradicional.

Los consejos municipales ya hemos conformado, el problema es que no tienen presupuesto y no están pudiendo reunirse, pero el PROHISABA y el SEDES nos están ayudando a conseguir un poco de financiamiento para los consejos y dentro de sus funciones se les va decir que tienen que luchar por esos espacios que hemos ganado en los hospitales, ellos tienen que ver cómo van a funcionar, y claro, el CODEMETROP va a apoyarles en esto, estamos pensando mucho en esto. (Miembro de la directiva de CODEMETROP)

En el desarrollo de las obras de infraestructura correspondientes a esta tercera etapa se planteó la necesidad de desarrollar instrumentos operativos "formales" que permitieran la participación social en la toma de decisiones sobre el funcionamiento, mantenimiento y sostenibilidad de las infraestructuras de salud. Para ello se creó una metodología denominada Desarrollo comunitario (DESCOM).

La metodología DESCOM surgió también de otras experiencias que el PROHISABA desarrolló en temas de agua y saneamiento básico, en las que la participación comunitaria era muy importante. De esta manera, en el 2007, se inició la elaboración de la "Guía DESCOM" en proyectos de salud. Este documento parte de la constatación de:

... [que] la ejecución de obras de infraestructura en salud y el equipamiento por sí solas no producen un cambio en las condiciones de salud de la población. Para ello se requieren acciones paralelas de promoción, información, comunicación y capacitación que involucren a autoridades de salud, autoridades municipales, autoridades locales y hombres y mujeres. (PROHISABA, 2007: 3)

Esta guía se constituye en un instrumento de planificación y de gestión para mejorar la sosteni-



Centro de salud intercultural de Poco Poco © Giuseppe Iamele, PROHISABA

bilidad de las infraestructuras de salud a partir de la participación de los diversos actores institucionales y sociales; fue creada con el objetivo principal de sentar bases sostenibles para el manejo adecuado de los servicios de salud. Con el aporte que ofrece este documento se ejecutaron algunas obras en calidad de experiencias piloto, será el tiempo quien se encargará de mostrar si la metodología logró mayor participación comunitaria y mejores posibilidades de sostenibilidad.

Resultados de la experiencia

Es innegable que el trabajo coordinado entre el PROHISABA y el FPS ha impulsado procesos participativos en la definición de las características de las infraestructuras sanitarias. Cada una de las 47 que se construyeron tiene sus propias especificidades -ningún establecimiento es igual al otro- que responden a las características topográficas y climatológicas de la zona y a las sugerencias de la comunidad y del personal de salud, además de cumplir con las normas técnicas vigentes. Asimismo, el financiamiento de cada obra permitió lograr construc-

ciones con materiales de buena calidad, lo garantiza su vida útil.

Cada infraestructura es diferente una de la otra, no hay dos establecimientos de salud iguales, esto se ha logrado gracias a la participación de la comunidad que ha expresado sus deseos, por ejemplo en Toro Toro la sala de espera está al aire libre, y es porque la comunidad ha querido así, y es un ambiente muy agradable, en sus banquitos la sensación que uno tiene no es de estar en un hospital, sino en un lugar de encuentro y de socialización. (Personal PROHISABA)

Otro resultado importante es haber logrado cambiar los esquemas tradicionales de construir establecimientos de salud caracterizados por ser poco participativos, lo que daba como resultado infraestructuras sanitarias casi idénticas en todo el país. De igual manera se sensibilizó a los profesionales del área de la construcción en la salud intercultural y en la importancia que implica conocer los aspectos socioculturales inherentes a la salud, principalmente en poblaciones del área rural, y tomarlos en cuenta dado el contexto sociocultural del país.

Incorporar el enfoque intercultural es importante en todas las ramas profesionales, con el PROHISABA hemos descubierto esta manera de trabajar que era tan ajena a nosotros, claro que es necesario tener cuidado de que lo intercultural no haga perder la calidad técnica de las construcciones y también analizar que todo lo que es cultural no es siempre bueno. (Personal FPS)

Por otra parte, la totalidad de los nuevos establecimientos de salud con adecuaciones culturales se construyeron en terrenos otorgados por las alcaldías. En el caso de las ampliaciones fue también el municipio quien realizó las gestiones para conseguir el espacio adicional. En todos los casos se tuvo el cuidado de que no estuvieran situados cerca de los cementerios y se consideró como criterio importante que las nuevas obras tengan una ubicación estratégica para que el hospital sea parte de la dinámica de la vida del pueblo o de la comunidad.

Hemos cuidado que las nuevas infraestructuras estén en medio de las viviendas o cerca de la escuela o donde hay vida en la comunidad, que la distancia no sea un motivo para que la gente no acuda al establecimiento de salud. (Ingeniero FPS)

Adecuaciones culturales en las nuevas infraestructuras

Sala de partos

Los espacios utilizados para salas de parto en los diferentes establecimientos de salud, generalmente presentan paredes revestidas con cerámica blanca, guardando estrecha semejanza con el piso; normalmente son muy bien iluminados, de forma natural a través de amplios ventanales utilizando vidrio catedral o bloques de vidrio; artificialmente con lámparas catalíticas o tubos fluorescentes ubicados siempre sobre la camilla ginecológica, puesta generalmente en el centro del ambiente, si bien esto permite una buena circulación del personal de salud, la mujer [que va a dar a luz] se siente insegura sin ningún tipo de protección o apoyo. Las características constructivas y equipamiento instalado en este tipo de salas de parto no han tomado en cuenta las concepciones frías y cálidas

de las enfermedades propias de la cultura andina; no se ha pensado que el proceso de parto responde a un proceso donde el calor, en el amplio sentido de la palabra, juega un papel fundamental para la usuaria. (Velasco, 153 y 154 :2007)

Para la adecuación de la sala de partos se tomó en cuenta la mayoría de las propuestas de la *Guía para la atención de la maternidad con enfoque intercultural* combinadas con las sugerencias de la población y del personal de salud. Si bien cada sala de parto en los diferentes establecimientos de salud tiene sus propias características, el común denominador de la mayoría es el tamaño, se trata de ambientes pequeños con una sola ventana, estas características tienen la finalidad de ofrecer una sensación de privacidad y discreción a la parturienta y a sus acompañantes, "para lograr un ambiente cálido se propuso colores que corresponden a la gama de 'colores cálidos', se ha evitado el uso del blanco porque este color pertenece al grupo de colores 'fríos' y en las comunidades andinas muchas veces se utiliza para representar a la muerte." (Velasco, 65 y 66:2005).

La iluminación también fue considerada como un elemento importante, se implementó el uso de focos de poco voltaje y se los cubrieron con pantallas para lograr una iluminación difusa que permita a la parturienta sentirse en un ambiente más similar al de su casa. En general, en las diferentes infraestructuras, se tomó en cuenta estos aspectos intentando trasladar sensaciones ambientales de la casa de la parturienta a la sala de partos del hospital.

Albergue para familiares

Los establecimientos de salud en las zonas rurales de Bolivia cubren varias cc.nunidades geográficamente dispersas. El enfermo, cuando asiste a un establecimiento de salud, está siempre acompañado de algún familiar que permanece junto a él hasta que se recupere. El hecho es que en caso de que se requiera su internación los familiares no tienen un espacio donde puedan quedarse para acompañarlo, pero tampoco pueden retornar con facilidad a

su comunidad por las largas distancias que separan al establecimiento de salud de la casa del enfermo, además de la ausencia de medios de transporte en las zonas rurales.

Tomando en cuenta esta realidad, se construyeron espacios para que los familiares puedan quedarse en el hospital. Estos están compuestos, en su mayoría, por un dormitorio con su baño y una cocina donde puedan preparar medicinas y cocinar sus alimentos, tienen acceso a un patio en el cual pueden hacer el lavado y secado de sus ropas y, si existen niños pequeños, también se constituye en un espacio de recreación.

Los albergues para las familias es de gran importancia, porque una pena es cuando no tienen donde llegar, y a veces vienen la esposas con sus niños pequeños, pienso que en todo centro de salud debería haber espacio para los familiares de los internados. (Personal de salud Chaqui)

Espacio para el médico tradicional

El espacio para el médico tradicional fue ubicado al lado o al frente del consultorio del biomédico, esto con la finalidad de que la población pueda tener paralelamente las dos opciones para realizar su consulta. Estos espacios no tienen especificidades en cuanto a sus características, pues son similares a los de consulta externa, a excepción del color que en casi la totalidad de los casos es verde, este color fue sugerido por los médicos tradicionales y las mujeres de la comunidad por la relación que se hace de la medicina tradicional con las plantas medicinales.

Lo que hemos visitado a los hospitales que ha construido el PROHISABA, el consultorio para el médico tradicional está bien, son grandes y nos gusta, además está bien ubicado para que el paciente elija cual quiere, el doctor o el médico tradicional. (Médico tradicional CODEMETROP)

Los espacios, para el médico tradicional, están bien, a mí me gustaría trabajar en el hospital junto a los doctores, así uno a la lado del otro están los

consultorios, pero no puedo pues, yo vivo en la ciudad, ahora, lo que queda es que los médicos tradicionales del municipio se organicen y aprovechen de este espacio. (Médico tradicional de base CODEMETROP)

En muchos establecimientos construidos en el área rural la vivienda para el personal de salud es un área muy descuidada. Esta situación produce, en ocasiones, poca privacidad y conflictos entre funcionarios, generando un ambiente de descontento porque su calidad de vida se ve deteriorada, lo que influye en el desempeño de su trabajo. Analizando estos aspectos, en las nuevas construcciones y ampliaciones se dio importancia a las viviendas del personal a fin de contribuir de manera directa a la mejora de las condiciones de estadía en sus puestos de trabajo e indirectamente influir en la calidad de atención brindada a los usuarios del establecimiento de salud.

Antes las viviendas para el personal de salud estaban en malas condiciones, en el hospital mismo ya no había espacio para nada, era muy incómodo trabajar ahí y de eso también surgían dificultades entre el personal, ahora el nuevo centro de salud tenemos espacio para todos, el pueblo mismo se siente orgullosos de su centro de salud. (Personal de salud Quivi Quivi)

Es importante mencionar que la mayoría de las infraestructuras construidas tienen patios espaciosos cubiertos de vegetación, lo que brinda una sensación de mayor acercamiento con la naturaleza y el medio ambiente de las comunidades rurales. En regiones calurosas la comunidad decidió que las salas de espera no tengan techo para facilitar la circulación del aire y transmitir una sensación de mantenerse en un ambiente más abierto y fresco.

Aquí tenemos harto espacio, cuando la gente viene con sus wawas, ellos tranquilos están jugando en el patio, con el nuevo hospital ahora tenemos espacio y eso es muy necesario para los pacientes. (Personal centro de salud Yocalla)

Equipamiento

Son muchos los estudios que científicamente demostraron las ventajas de un parto en posición vertical; y son también varias las experiencias desarrolladas en Bolivia sobre la utilidad del equipamiento para la atención del parto tradicional, aspectos que son tratados en la *Guía nacional para la atención intercultural de la salud materna*. En ella se definieron las características que debería tener el equipamiento para la sala de partos, compuesto principalmente por la colchoneta y la barra de sujeción, además de mobiliario complementario.

Para el equipamiento de la sala del médico tradicional y el albergue para familiares se realizaron talleres con la población donde se construyeron los

establecimientos de salud y fue ahí que se definieron **las características** del equipamiento.

El ingeniero Choque ha reunido a la comunidad para que sean ellos los que definan qué equipamiento básico querían tener en la sala de partos, en la del médico tradicional y en los albergues. (Personal PROHISABA)

Detalle de los establecimientos de salud con adecuaciones culturales

En el periodo 2005-2008 el FPS y el PROHISABA construyeron 47 establecimientos de salud en 16 municipios, de estas infraestructuras 39 cuentan con espacios para el médico y el parto tradicional y albergues para los familiares.

PROYECTOS DE SALUD . PAQUETES 1 Y 2 - ADMINISTRACIÓN FPS

No	MUNICIPIO	NOMBRE DE PROYECTO	CONSULTORIO MEDICINA	SALA DE PARTO	ALBERGUE
			TRADICIONAL	TRAD.	FAMILIAR
1	Acasio	Construcción puesto de salud Piriquina		1	1
2	Acasio	Construcción puesto de salud Churitaca			1
3	Acasio	Ampliación y refacción centro de salud Buen Samaritano Acasio	1		1
4	Arapampa	Construcción posta sanitaria Sarcuri	1		1
5	Betanzos	Construcción centro de salud Roberto Loayza	1		
6	Betanzos	Ampliación y remodelación centro de salud Poco Poco		1	1
7	Betanzos	Construcción centro de Salud Quivi Quivi			1
8	Caiza "D"	Construcción puesto de salud Pancochi			
9	Caripuyo	Construcción centro de salud Janco Janco			
10	Caripuyo	Construcción puesto de salud Guadalupe Huanacoma			1
11	Chaqui	Construcción puesto de salud El Palomar			
12	Chaqui	Construcción centro de salud San Jerónimo			
13	Chaqui	Construcción posta sanitaria Chico Chico		1	1
14	Puna	Construcción puesto de salud Suquicha			
15	Puna	Ampliación y refacción centro de salud Margaret Hanstee Otavi	1	1	1
16	Puna	Construcción posta sanitaria Tomola		1	1
17	Puna	Ampliación y refacción centro de salud Chinoli		1	1
18	Puna	Construcción puesto de salud Esmeralda Alta		1	1
19	Sacaca	Construcción puesto de salud Sillo Sillo			

20	Sacaca	Construcción puesto de salud Sacanj	1	1	1
21	Sacaca	Construcción puesto de salud Colloma	1	1	1
22	Sacaca	Ampliación y refacción centro de salud San Luis Sacaca	1	1	1
23	Sacaca	Ampliación puesto de salud Camani			1
24	San Pedro de Buena Vista	Construcción centro salud San Pedro de Buena Vista	1	1	1
25	Tinguipaya	Construcción puesto de salud Ckellu Cancha	1	1	1
26	Tomave	Construcción puesto de salud Machicado			
27	Tomave	Ampliación puesto de salud Tauro	1		1
28	Toro Toro	Ampliación y refacción centro de salud Toro Toro	1	1	1
29	Toro Toro	Ampliación y refacción centro de salud Julo	1	1	1
30	Toro Toro	Ampliación y refacción centro de salud Añahuani	1	1	1
31	Toro Toro	Ampliación y refacción centro de salud Carasj	1	1	1
32	Toro Toro	Construcción puesto de salud Palla Palla			1
33	Toro Toro	Ampliación y refacción centro de salud Tambo Ckasa	1		1
34	Yocalla	Construcción puesto de salud Yocalla	1	1	1

FUENTE: PROHISABA

PROYECTOS DE SALUD PAQUETE 3 -ADMINISTRACIÓN DIRECTA PROHISABA

No	MUNICIPIO	NOMBRE DE PROYECTO	CONSULTORIO MEDICINA	SALA DE PARTO	ALBERGUE
			TRADICIONAL	TRAD.	FAMILIAR
1	Betanzos	Construcción puesto de salud Mariaca	1	1	1
2	Betanzos	Construcción puesto de salud San Blas de Puita	1	1	1
3	Puna	Construcción puesto de salud Qhalapaya	1	1	1
4	Tacobamba	Ampliación y refacción puesto de salud Chalviri	1	1	1
5	Tacobamba	Construcción puesto de salud San Felipe de Colavi	1	1	1
6	Tacobamba	Construcción puesto de salud Huerta Mayu	1	1	1
7	Porco	Amp. y refacción puesto de salud Agua de Castilla	1	1	1
8	Tinguipaya	Construcción puesto de salud Challamayu	1	1	1
9	Tomave	Ampliación y refacción puesto de salud Calasaya	1		1
10	Caripuyo	Construcción puesto de salud Chojlla	1		1
11	Arapampa	Construcción puesto de salud Asanquiri	1		1
12	San Pedro de Buena Vista	Ampliación y refacción puesto de salud Micani	1		1
13	Toro Toro	Ampliación y refacción puesto de salud Yambata	1	1	1
14	Puna	Construcción puesto de salud Suquicha			
15	Puna	Ampliación y refacción centro de salud Margaret Hanstee Otavi	1	1	1
16	Puna	Construcción posta sanitaria Tomola		1	1
17	Puna	Ampliación y refacción centro de salud Chinoli		1	1
18	Puna	Construcción puesto de salud Esmeralda Alta		1	1

FUENTE: PROHISABA

Funcionamiento de los espacios adecuados culturalmente

El funcionamiento de los establecimientos de salud que cuentan con espacios adecuados culturalmente es muy reciente, algunas obras están en proceso de conclusión, otras recién fueron inauguradas y las más antiguas no pasan del primer año de funcionamiento. Es por tanto prematuro sacar conclusiones con relación a su uso ya que no se han podido realizar las actividades de acompañamiento para dar funcionalidad a estos espacios. Sin embargo, la tendencia que se ha registrado en las actividades de terreno realizadas¹ muestra que, por ahora, son muy pocos los casos en los cuales los espacios dedicados a la medicina tradicional están siendo efectivamente utilizados.

En algunos de los establecimientos de salud el espacio destinado al médico tradicional está vacío o se ha instalado un consultorio para atenciones de vacunas u otras del sistema biomédico. En otros municipios, los médicos tradicionales disponen de su espacio y realizan consultas de manera esporádica; en otros, se está utilizando este espacio como sala de reuniones de los terapeutas tradicionales.

El problema es que la antigua dirigencia del CODEMETROP ha recibido los hospitales interculturales, pero no ha sabido comunicar bien a los médicos y a las parteras de las comunidades, no se les ha dicho: "este espacio es para nosotros, aquí podemos trabajar de igual a igual con los doctores", ése ha sido un error para que ahora también muchos de nuestro compañeros médicos tradicionales no sepan que tienen esta oportunidad, y también han habido otros problemitas, por ejemplo cuando ha sido la inauguración y se ha hecho entrega de los nuevos edificios, también debería recepcionar algún dirigente de los consejos municipales de médicos tradicionales o algún representante de la medicina tradicional del lugar. Ahora

nosotros como directiva del CODEMETROP vamos a hacer algo, pero es muy importante conseguir un presupuesto para pagar algo a los médicos tradicionales que atiendan en el hospital, si no, no van a venir. (Presidente CODEMETROP)

Según la información registrada en terreno, los espacios de medicina tradicional estarían, sin embargo, cumpliendo con una función simbólica importante:

Para los médicos tradicionales es muy importante que haya un consultorio para el médico tradicional, así estamos demostrando a los médicos del hospital que nosotros también aportamos a la salud, que podemos curar, entonces con estos consultorios nos sentimos reconocidos por ellos. (Médico tradicional de base de CODEMETROP)

El simbolismo que representa disponer de un espacio para el médico tradicional en el sistema sanitario oficial es también fundamental para algunos médicos tradicionales, más aun en la coyuntura política actual, en la que las organizaciones se sienten apoyados por algunas políticas de salud y normativas que enuncian un amplio reconocimiento al trabajo que desempeñan.

Por varios años hemos pensado que sería muy importante que los médicos tradicionales trabajemos juntos con los doctores en el hospital, hemos pedido eso a algunas autoridades del Viceministerio, porque así sentimos que somos iguales. (Médico tradicional de base CODEMETROP)

Si hubiera un pequeño aporte económico, aunque sea para nuestros pasajes y comida, nosotros los de la directiva del CODEMETROP podríamos hacer turnos para atender en los consultorios de los hospitales porque no podemos perder esos espacios, así, mientras tanto, podemos acercarnos más a los médicos tradicionales del lugar y ayudarles a organizarse para que ocupen ese espacio, y des-

1 Se han visitado distintos establecimientos de salud en Potosí donde el PROHISABA ha implementado los procesos de innovación arquitectónica a los cuales este estudio hace referencia

pués ellos solos pueden seguir adelante, el problema es como no hay nada de presupuesto nosotros no podemos venir, pero vamos a buscar algo siempre para que no perdamos nuestro espacio en el hospital. (Presidente CODEMETROP)

En varias entrevistas realizadas a los médicos tradicionales, se identificó que el espacio destinado al terapeuta tradicional quiere ser utilizado por terapeutas que practican la medicina basada en plantas medicinales y masajes (generalmente por los que se reconocen como naturistas), donde los rituales mágico-religiosos no son parte de las curaciones. Ellos manifiestan que puede existir perfecta compatibilidad con el horario y espacio del sistema biomédico. No obstante, para garantizar su permanencia requieren de una remuneración fija por parte del SEDES o del municipio. Si se logra conseguir estos recursos económicos, los espacios destinados a los médicos tradicionales podrán tener funcionalidad en relativa armonía con los del personal biomédico.

Nosotros ya tenemos experiencia de trabajar dentro del hospital, y no tenemos problemas con los doctores, más bien coordinamos bien con la doctorita [...], la gente harto me busca, desde la Argentina me buscan, mis pomadas también desde lejos vienen a buscar y saben que también puedo atenderles en el hospital, yo trabajo más que todo haciendo masajes con las pomadas que yo mismo elaboro, [...] en mi caso, si hubiera un aporte económico fijo para nosotros, yo no tendría ningún problema de trabajar en el horario del hospital. (Naturista de Cotagaita)

Otra tendencia opuesta a la anterior está representada principalmente por terapeutas que basan sus curaciones en rituales mágico-religiosos. En este caso los terapeutas manifiestan que no están dispuestos a trabajar en el territorio de los biomédicos -que es el hospital- y someterse a sus normas jerárquicas, más bien ellos buscan mayor autonomía del sistema estatal de salud y así poder ejercer la medicina en los espacios culturales que les son propios. Respecto a los espacios construidos dentro de los

hospitales, indican que hay demasiada diversidad de médicos tradicionales y cada uno tiene diferentes tiempos y espacios para curar y difícilmente podrían desarrollar su trabajo sin que se produzcan conflictos con el personal de salud. No obstante, reconocen que simbólicamente su presencia en hospitales del Estado es un avance para los médicos tradicionales.

Yo no aceptaría trabajar dentro de un hospital, nosotros trabajamos viajando, yendo a la casa de los enfermos, yendo a los cerros, a los santuarios, de día, de noche, en el hospital no se puede hacer nada de eso,... para "pequeñas cosas" quizás se puede trabajar con los doctores. (Médico tradicional de Paty Paty)

El desafío para el CODEMETROP y para los consejos municipales de médicos tradicionales es definir si quieren ocupar esos espacios y, en caso de que quieran hacerlo, realizar las gestiones para que los municipios o el SEDES determinen un presupuesto que remunere sus prestaciones.

También son diversos los usos que se les da a las salas destinadas al parto tradicional: en su mayoría están vacías o están siendo utilizados como depósitos y, en algunos casos, están cumpliendo con su fin, es decir están siendo utilizadas para la atención del parto en posición vertical ya sea por partera, por personal biomédico o de manera conjunta. Un personaje que toma mucha importancia en la atención del parto frente a la ausencia de parteras son los porteros, muchos de ellos con amplios conocimientos de atención del parto.

Yo soy partero, pero ahora estoy en el hospital de Yocalla como portero y la gente Ine conoce, entonces, como no puedo abandonar el hospital, les digo a las mamás que vengan aquí para que yo les pueda atender, y muchos de los partos ocurren en la noche, entonces yo siempre tengo que atenderles, porque los médicos no están o viajan a Potosí. (Portero hospital de Yocalla)

Aquí en Chaqui hemos atendido partos, yo no soy partera pero les ayudo a las internas, cuando hay

parto en la noche el personal a veces no está, en cambio las estudiantes se quedan y cuando alguna vez vienen las mujeres para parto y quieren arrodilladas yo tengo que ayudarles, así hemos atendido algunos partos. (Portera hospital Chaquí)

Ahora dice que están buscando portero para el hospital, yo quisiera irme, quisiera que me den ese cargo a mí, así voy a tener mi sueldito fijo, como soy partera, cuando hay parto aunque en la noche también yo podría atender. (Partera hospital Tinguipaya)

Según estos testimonios, se verifica que la sala de partos adecuada culturalmente es necesaria, pues hasta ahora la realidad ha demostrado que la mayoría de los partos en servicio en el área rural son realizados en posición vertical y para ello se improvisa equipamiento, porque estos partos en su mayoría están siendo atendidos en las salas equipadas para el parto en posición horizontal. Esta situación está ocurriendo porque los médicos han dispuesto premeditadamente o por negligencia otros usos para estas salas. Esta situación, es una señal muy clara de la poca aceptación de la interculturalidad en el personal biomédico y la resistencia a incluir en el trabajo hospitalario a terapeutas de la medicina tradicional. Algo muy parecido ocurre con los albergues para familiares que tampoco están cumpliendo con su función, en la mayoría de los casos están siendo utilizado como vivienda del auxiliar de enfermería o de las estudiantes universitarias que hacen sus prácticas en las zonas rurales.

Como las estudiantes que llegan no tienen donde quedarse, por eso les hemos adaptado el alberque para que ellas tengan un lugar donde quedarse. (Médico hospital Yocalla)

Lo que queda evidente del trabajo realizado en terreno es que la construcción de los "hospitales mixtos" no ha podido ir acompañada de procesos de capacitación y sensibilización del personal de salud, así como de propuestas concertadas con los actores locales e institucionales sobre el uso de

estos espacios. El PROHISABA intentó desarrollar una consultoría que tenía como objetivo el de generar modelos de gestión que pudiesen permitir una articulación entre los terapeutas tradicionales y los oficiales. Sin embargo, el trabajo de investigación se realizó en forma muy localizada. Los resultados de este trabajo tuvieron dificultades en ser adecuadamente socializados con el SEDES y el CODEMETROP y, finalmente, no representaron una herramienta real para la toma de decisiones y la elaboración de normativas.

Se hace imprescindible, en el futuro inmediato, un seguimiento de parte del SEDES sobre la gestión de estos espacios; así mismo, la creación de una normativa para el uso de los albergues y de la sala de partos, para que los espacios que existen en los hospitales cumplan la función para la cual fueron contruidos.

En el caso de los consultorios de médicos tradicionales será importante que sean ellos mismos que realicen un análisis de las ventajas y desventajas que implica la presencia de un médico tradicional dentro del hospital y consideren qué modalidad sería la más adecuada, además de definir cómo se podría solventar un incentivo económico que haga posible su permanencia dentro de la infraestructura hospitalaria.

Sostenibilidad de la experiencia

La sostenibilidad fue, y sigue siendo, una de las preocupaciones centrales. Se trabajó desde diferentes niveles y aún se continúa identificando factores que contribuyan a brindarla.

A nivel local se trabajó involucrando al personal de salud en las decisiones durante la construcción de los establecimientos de salud y también consultando con las autoridades comunales y la población del lugar. En las comunidades donde se construyeron las obras se implementaron metodologías de participación social -aunque su aplicación fue muy limitada en el tiempo, especialmente en la fase de preinver-

sión. De hecho, la participación social se circunscribió a la recolección de percepciones en cuanto a las infraestructuras y a validar las características de los establecimientos de salud, lo que no coadyuvó a la reflexión colectiva sobre la pertinencia o no de incorporar espacios destinados a los terapeutas tradicionales y tampoco permitió el involucramiento efectivo de las estructuras sociales de las comunidades.

En la segunda y tercera etapa de la construcción se aplicaron metodologías participativas más desarrolladas, y se utilizó -como experiencia piloto- la Guía DESCOM, a fin de generar procesos de apropiación y sostenibilidad por parte de los actores locales. A partir de ello se vislumbran resultados alentadores.

A través de esta metodología se conforma un comité de gestión en el que participan el personal de salud, el médico tradicional, un representante de la comunidad y un representante del municipio, este comité monitorea desde la preinversión hasta la postinversión, hasta el tema de sostenibilidad social financiera, este comité de gestión está funcionando en tres experiencias piloto, pero el desafío es introducirlo en las políticas departamentales, y va a tener éxito en Potosí, porque ya hay bastante experiencia en el tema de gestión en salud. (Personal PROHISABA)

El proceso de apropiación de los espacios destinados a los terapeutas tradicionales se realizó a nivel de la dirigencia del CODEMETROP y resultó insuficiente en los niveles locales, donde están ubicados los establecimientos de salud. La organización departamental de médicos tradicionales empezó a buscar estrategias para motivar la presencia de terapeutas tradicionales en hospitales interculturales.

En el próximo ampliado vamos a poner en conocimiento que los espacios para el médico tradicional están siendo ocupados con otro fin, vamos a defender nuestros espacios porque nos corresponden. (Presidente CODEMETROP)

A nivel institucional también se iniciaron tentativas para dar mayor funcionalidad a la organización

de médicos tradicionales para que sean ellos quienes definan el uso de los espacios con adecuaciones culturales y otros aspectos concernientes a la medicina tradicional. Actualmente el PROHISABA está elaborando una estrategia para que en el Plan Operativo Anual (POA) de los municipios se otorgue un monto de dinero al funcionamiento de los consejos municipales de médicos tradicionales..

Nuestra meta son 10 municipios que tengan un presupuesto específico para los concejos municipales de médicos tradicionales, nuestra competencia es dejarles un espacio abierto para acceder a recursos y que ellos decidan en qué y cómo van a utilizar esos recursos. (Personal PROHISABA)

La Dirección de Interculturalidad y Medicina Tradicional del SEDES determinó que es muy importante contar con espacios destinados a los terapeutas tradicionales dentro de los hospitales, como estrategia de articulación de los sistemas médicos, y consideró que podría asumir mayor protagonismo, principalmente a través del trabajo con el personal biomédico, sobre todo en lo que respecta a la sensibilización y motivación para promover un mayor acercamiento con los médicos tradicionales de sus áreas de jurisdicción; para ello está buscando mayores recursos que le permitan contratar personal que se responsabilice de esta tarea.

Asimismo, a nivel institucional, en vista de que las infraestructuras sanitarias no sólo competen a la dirección de salud intercultural y medicina tradicional, se ha trabajado con otras unidades del SEDES y actualmente trabajan en la elaboración de un programa de operaciones y de seguimiento a las infraestructuras con enfoque intercultural a través de la gestión de un nuevo financiamiento a las gerencias de red para que el seguimiento se realice desde el Estado, además de haber elaborado el *Manual de mantenimiento del establecimiento de salud* que tiene como objetivo dotar de un instrumento que permita realizar de manera oportuna mantenimientos preventivos y correctivos.

Desde el punto de vista del FPS, la sostenibilidad de los establecimientos de salud está garantizada por el municipio porque el Fondo firma un contrato de transferencia, en el cual el gobierno municipal garantiza la operación y el mantenimiento de las infraestructuras con la inclusión de partidas presupuestarias (aunque no en todos los casos). Para que estos compromisos se cumplan es importante que los establecimientos de salud asignen específicamente a una persona el rol de realizar el seguimiento al cumplimiento de las responsabilidades adquiridas por el municipio.

Por otra parte, a nivel nacional, las políticas actuales establecen un marco jurídico favorable para la sostenibilidad de infraestructuras con adecuaciones culturales, lo que aún resta por desarrollar es que se pueda crear normativas nacionales operativas a nivel departamental sobre el uso de estas infraestructuras.

Reflexiones finales y recomendaciones

En el convenio suscrito entre el Ministerio de Salud y el PROHISABA, el componente de construcción de infraestructuras sanitarias en los departamentos de Potosí y Tarija era prioritario y las adecuaciones culturales no fueron parte del programa en su fase inicial. Sin embargo, en el periodo en el que se implementó el componente (2006-2008) se tomó la decisión, conjuntamente el SEDES Potosí, de incorporar espacios adecuados culturalmente porque la coyuntura política, normativa y financiera era favorable, más aun tomando en cuenta la demanda por parte de las organizaciones de médicos tradicionales. El desarrollo de esta experiencia permitió posicionar un enfoque intercultural en salud, al mismo tiempo que se generaron espacios de reflexión y debate, aunque el uso de estos sea por ahora muy cuestionable.

La apertura estratégica del PROHISABA y su alta capacidad para negociar y trabajar en distintos

niveles -Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, SEDES, FPS, gobiernos municipales, CODEMETROP- permitió desarrollar sinergias que contribuyeron a reflexionar desde diferentes visiones sobre la importancia de definir una línea de trabajo común en cuanto a interculturalidad en salud se refiere y, en especial, sobre el rol de los diseños arquitectónicos hospitalarios en la articulación de los sistemas médicos y en la calidad de atención a la población.

El proceso participativo que se generó en el diseño y la construcción de las obras sanitarias permitió que el departamento de Potosí cuente con establecimientos de salud con diseños arquitectónicos únicos y contextualizados a la realidad sociocultural de las regiones que respetan los parámetros normativos y técnicos del sistema biomédico. Asimismo, el posicionamiento del SEDES Potosí y del PROHISABA, sobre el enfoque intercultural en la salud, tuvo la capacidad de interpelar positivamente a los operadores técnicos del Estado (léase FPS), y generó procesos de aprendizajes mutuos. El personal del PROHISABA aportó con la visión de la interculturalidad y de la participación comunitaria y el FPS aportó con sus amplios conocimientos en los manejos administrativos y de negociación con los gobiernos municipales, de esta manera se logró realizar un trabajo institucional más eficiente y con mayor calidad y se espera que la visión de combinar lo técnico con lo social y cultural se institucionalice en el área de la construcción de obras de salud y trasunte hacia otros sectores.

Se prevé que la construcción de albergues familiares sea la intervención de mayor impacto dentro del módulo de construcción de infraestructuras en salud, por ser el espacio de mayor necesidad por parte de la población que asiste a los centros de salud, sin dejar que es el componente menos conflictivo. Sin embargo, incluso para el funcionamiento de este espacio será necesario generar normas de funcionamiento concertadas entre la población, el equipo de salud y las autoridades institucionales.

La creación de espacios destinados a terapeutas tradicionales dentro de los hospitales es un elemento que, simbólicamente, tiene gran importancia para las organizaciones de médicos tradicionales, por cuanto significa -de manera objetiva- el reconocimiento de su trabajo en el sistema de salud oficial. La funcionalidad que puedan tener estos espacios dependerá del fortalecimiento del CODEMETROP y de los consejos municipales de médicos tradicionales ya organizados, así como de la sensibilización y formación de los recursos humanos en salud.

La experiencia desarrollada hasta la fecha en el terna de infraestructuras muestra un vez más como en salud el "capital humano" es esencial para la implementación de los procesos de cambio en salud pública, en general, y en el área de la interculturalidad, en particular. Es urgente, por tanto, que en los establecimientos y redes de salud donde se implementaron estas innovaciones arquitectónicas se invierta también en actividades de capacitación y acompañamiento que permitan, entre otras cosas, identificar modelos de gestión para el uso de los espacios arquitectónicos interculturales.

Recomendaciones

La experiencia realizada por el PROHISABA en el área de infraestructura sanitaria muestra que es prioritario desarrollar metodologías que permitan la participación comunitaria en los procesos de decisión, desde la planificación hasta la conclusión de las infraestructuras sanitarias. Este aspecto incrementa las posibilidades de mantenimiento y sostenibilidad de los procesos de inversión.

En general, en Bolivia y en América Latina existe muy poca producción científica sobre diseños arquitectónicos de establecimientos de salud con enfoque intercultural. La experiencia realizada en Potosí representa una contribución importante que

puede ser considerada como referencia para otras iniciativas que apunten a la articulación de sistemas médicos y al desarrollo del enfoque intercultural. Sin embargo, será necesario realizar evaluaciones de sus efectos entre la población; esto, con el fin de conocer si los conceptos con los cuales se adecuaron los espacios interculturales generaron cambios positivos en la asistencia de la gente a estos hospitales y saber, también, si el grado de satisfacción en los usuarios ha mejorado.

La dificultad que actualmente existe para el uso de estos espacios arquitectónicos refleja, en todo caso, lo complejo de la problemática. Por una parte, el proceso de "institucionalización de la medicina tradicional" en los servicios de salud requiere de muchas condiciones internas previas -o paralelas- al desarrollo de la infraestructura: sensibilización y capacitación del personal sanitario; formación de los médicos tradicionales; creación de protocolos de uso de los espacios dedicados a la medicina tradicional; seguimiento por parte de las autoridades institucionales. Por otra parte, el mismo proceso nos lleva a la necesidad de reflexionar acerca del futuro de la medicina tradicional, esto es: la necesidad de sistematización de sus prácticas -para que puedan ser oficialmente utilizadas al interior de un sistema sanitario institucional-; la forma de relación con la medicina institucional -¿dentro del hospital o en el territorio?-; la conveniencia -o no- de realizar ciertos tipos de prácticas dentro de una sala hospitalaria; las formas organizativas necesarias para poder utilizar los espacio de la medicina oficial, sin que por ello se genere conflictos entre los mismos terapeutas tradicionales.

Esto son los desafíos futuros que las autoridades de salud pública deberán enfrentar. El PROHISABA ha generado algunas condiciones para poder avanzar en el desarrollo del enfoque intercultural, pero los desafíos mayores están todavía por delante.

Bibliografía

Arnold, Denise Y, Jo Murphy - lawless y Juan de Dios YAPITA,

2001 *Hacia un modelo social del parto: Debates obstétricos interculturales en el altiplano boliviano*. Informes de investigación II N° 1, ILCA:

Amold, **Denise y Yapita, Juan De Dios**

Las wawas del inka: hacia la salud materna intercultural en algunas comunidades andinas, Informes de investigación N° 2 ILCA

Ministerio de Salud y Deportes

Guía para la atención de la salud materna con enfoque intercultural. Documento Técnico - Normativo, La Paz.

Velasco, Ruth

2007 "Adecuación **arquitectónica de los espacios físicos y equipamiento con enfoque intercultural en establecimientos de salud en el municipio de Tinguipaya**" en *Encuentro de dos: La biomedicina y la medicina tradicional en Tinguipaya* en **PÉREZ Rosario** y **FUERTES Azucena**, La Paz: COOPITAL - COOPI.

PROHISABA Ministerio de Salud y Deportes

2009 Sistematización de experiencias del programa de Apoyo al sector de la Higiene y Salud de Base 2002 -2008, La Paz

PROHISABA Berthin Consultoría

2008 Sistematización del proceso de la estrategia de articulación entre la medicina tradicional y la medicina institucional en 17 municipios de Potosí y 7 municipios de Tarija, Documento inédito

LA EXPERIENCIA DEL POSTGRADO

EN SALUD INTERCULTURAL WILLAQKUNA*

Alessia Zangari

Contexto y antecedentes

El departamento de Potosí se caracteriza por su pluralidad lingüística y cultural, conformado en su mayoría por indígenas quechuas. Aproximadamente el 61 % de su población tiene como lengua materna el quechua, el 34% habla castellano, mientras que casi la mitad de la población de las áreas rurales está constituida por monolingües nativos (41.92% sólo idioma nativo, principalmente quechua, y 5.96% sólo idioma español). En el ámbito sanitario esta pluralidad cultural se manifiesta en múltiples concepciones sobre salud-enfermedad, así como en la coexistencia de diferentes sistemas médicos (biomédico, tradicional e indígena, popular, familiar y otros alternativos) que representan sistemas a los cuales la población recurre en forma paralela y complementaria para resolver sus problemas de salud y enfermedad.

Los datos estadísticos de salud muestran al departamento de Potosí con los índices de morbi-

mortalidad más altos de Bolivia y América Latina, relacionados, en primer lugar, con la situación de marginalidad económica y pobreza que afecta a la gran mayoría de la población, preponderantemente indígena; y, en segundo lugar, a la escasa oferta institucional de servicios de salud, que se traduce en bajas coberturas, además de la distancia de las comunidades rurales a los centros de salud. En el caso de salud materna y neonatal, los datos muestran que en Potosí el 62.8% de los partos ocurre en casa; el 42.5% es atendido por personal de salud biomédico; el 72.9% de las madres no recibe cuidado postnatal y la tasa de mortalidad infantil es de 72 por 1000 nacidos vivos¹.

Esta situación responde, entre otras cosas, a la percepción generalizada entre la población indígena de que los servicios de salud carecen de calidad técnica y humana y no son adecuados a la realidad cultural, social y lingüística de la región. La población rural tiene reparos culturales para acercarse al sistema médico institucional, fruto de experiencias

* Este artículo ha sido redactado a partir de una evaluación del Postgrado Willaqkuna realizada por Iván Castellón y Juan Carlos Delgadillo, ambos sociólogos.

¹ Estrategia de Salud 2005-2009 Municipio de Potosí.

negativas, miedo sobre su funcionamiento e incapacidad de identificación.

La difusión de formas de desconfianza y de resistencia silenciosa entre la población indígena al uso del sistema institucional de salud, se expresa también hacia otros servicios que presta el Estado boliviano: educación, justicia y seguridad. El distanciamiento en materia de salud se acrecienta por la actitud vertical del personal médico hacia la población rural y no alfabetizada y por la desconfianza de estos respecto de la eficacia de la medicina tradicional, sin tomar en cuenta su importante papel en el contexto sociocultural de las comunidades rurales, donde los médicos tradicionales resuelven buena parte de los problemas sanitarios y gozan de prestigio entre la población comunitaria.

Las concepciones sobre salud-enfermedad, tanto de la población indígena como del personal de salud, responden a visiones distintas del mundo que, en muchas circunstancias, chocan radicalmente entre sí. La lengua utilizada por el personal de salud biomédico, el castellano, genera incomunicación y dificulta el diálogo, la confianza y la empatía con las personas que acuden a los centros de salud. La escasa información que se entrega a la población sobre el sentido y la utilidad de algunos tratamientos (vacunación, exámenes clínicos, cirugías, extracción de sangre y otros) termina por distanciar más a los actores sociales del proceso terapéutico: médicos y pacientes, quienes no solamente hablan idiomas distintos, sino que manifiestan concepciones y prácticas que se contraponen y dificultan la generación de puntos de contacto o espacios de comunicación intercultural.

La razón de fondo de esta situación parece ser que el sistema formal de salud no está lo suficientemente preparado para trabajar ni relacionarse de manera armónica con los usuarios indígenas de los servicios. El personal médico se enfrenta a situaciones que requieren mayor conocimiento y comprensión de la cultura local, de sus tradiciones, ritos, usos y costumbres, más cuando la comunidad promueve el "autocuidado" de la salud, relacionada

con los recursos terapéuticos de los proveedores de la medicina tradicional.

Uno de los problemas fundamentales de la práctica biomédica en las regiones indígenas de Bolivia es la ausencia parcial o total de una capacitación específica de los médicos, enfermeras y auxiliares sobre las características socioculturales de los pueblos con los cuales se pretende trabajar de manera cotidiana. La formación universitaria no contempla, en sus contenidos curriculares, el aprendizaje de aspectos relacionados con el universo cultural, ideológico y lingüístico, menos aún con la concepción que tienen sobre el cuerpo, la salud y la enfermedad. Tampoco incluye aspectos relacionados con la epidemiología sociocultural local ni con herramientas y metodologías cuali-cuantitativas de investigación. Si bien en sus estudios se incluyen algunas materias como salud pública, medicina preventiva, desarrollo comunitario, medicina social, sociología de la medicina, antropología de la salud y antropología médica, en conjunto constituyen una minoría absoluta respecto de las materias técnicas de orden clínico. El enfoque científico de las carreras de medicina y enfermería tiende a separar el cuerpo humano del contexto social y cultural, quedando atrás la visión holística de la persona, como sujeto perfectamente imbricado en su entorno social.

Ante este panorama, la Cooperación Italiana desarrollo desde 1997 una serie de acciones en el departamento de Potosí, destinadas a mejorar la salud de la población y a desarrollar un sistema socio-sanitario culturalmente adecuado. Su trabajo se inició con la formación de recursos humanos con una visión intercultural; vale decir, con una visión más apropiada de la realidad en la cual trabajan, de manera que puedan interpretar los temas ligados a las percepciones de la salud en contextos culturales y lingüísticos diferentes; en resumen, contar con profesionales médicos capaces de brindar servicios de calidad y calidez que, consecuentemente, contribuyan a reducir los índices de morbi-mortalidad.

La deficiente formación sanitaria, reflejada en la

calidad de atención de salud en contextos multiculturales, motivó a la Cooperación Italiana a impulsar en 2001 el proyecto de la Oficina Intercultural Willagkuna². El personal **sanitario** del hospital Daniel Bracamonte, que tenía que acoger este servicio de asistencia e información para los usuarios de origen indígena, se mostró pesimista de los resultados de un nuevo modelo de atención **sanitaria** de tipo intercultural y de los vínculos de colaboración con el sistema médico tradicional.

Surgió a raíz de la actitud pesimista que tomaron los médicos frente a la oficina... Entonces comprendimos que no se trataba de hacer cualquier taller sobre medicina tradicional o sobre adecuación cultural de los servicios médicos, sino había que hacer un planteamiento formativo más integral. Allí nació la idea de proponer formalmente a la Universidad Tomás Frías esta iniciativa de formación a nivel de postgrado y con carácter de excelencia académica (Luca Citarella, 2004).

En el trabajo cotidiano en el hospital Daniel Bracamonte de Potosí, y en otros centros de salud urbanos y rurales, la Cooperación Italiana comprobó que los hospitales y centros de salud del departamento no respondían técnica ni culturalmente a las demandas de los pacientes rurales e indígenas, sino que, por el contrario, primaban la indolencia, la indiferencia y la frialdad del personal médico y paramédico ante el enfermo hospitalizado, un problema estructural y generalizado a nivel internacional. Eran evidentes las deficiencias en la capacitación de médicos, de enfermeras y de trabajadores sociales, así como las fallas estructurales en las escuelas y las facultades de Medicina, de Enfermería y de Trabajo Social, tanto a nivel de pregrado como de postgrado. La prelación universitaria no tomaba en cuenta las pautas éticas y morales ni los instrumentos operativos para trabajar en contextos culturales, ideológicos y sociales diferentes.



Los Alumnos del II Postgrado en Salud Intercultural Willaqkuna

² La Oficina Intercultural Willagkuna es otra iniciativa de la Cooperación Italiana, creada al interior del Hospital Bracamonte para informar, orientar y apoyar a los pacientes de origen indígena de la región de Potosí. Véase artículo siguiente.

Si no se empujan cambios en las universidades, transformaciones en las escuelas y en las currículas escolares, así como sensibilización en los corazones y sentimientos, cualquier medida es inútil (Campos, 2001).³

Ante la evidente necesidad de contar con recursos humanos, que a nivel local estuvieran en condiciones de considerar la salud como un fenómeno integral, gestionando acciones y servicios en forma coherente con la realidad cultural de la población de la región andina del país, se incluyó al interior de las distintas carreras médicas instancias de especialización que permitan superar la visión biologicista de la enfermedad, incorporando en los planes de estudio académicos temas como: la concepción biopsico-social de la enfermedad, el conocimiento de la cultura y lengua nativa, los principios nosológicos y los recursos terapéuticos de la medicina indígena.

Experiencias como ésta ya fueron desarrolladas por la Cooperación Italiana en la Universidad de la Frontera, en Temuco (Chile). En Potosí se realizaron dos ciclos de formación de postgrado en "Salud Intercultural Willagkuna" (2001/2002 y 2005/2006), con un impacto importante en la difusión de un nuevo modelo de formación profesional en el país, ambicioso e innovador.

El proyecto formativo

Marco institucional

Los dos ciclos del postgrado en la ciudad de Potosí se realizaron gracias a la efectiva colaboración de la Universidad Autónoma Tomás Frías, de universidades y centros de investigación latinoamericanos interesados en apoyar este proyecto e insertarlo en una red universitaria internacional que comparta la problemática sanitaria en áreas indígenas, compuesta, entre otros, por la Universidad de Castilla - La Mancha de España, la Universidad Nacional Autónoma de México

(UNAM) y el CIESAS de México que, a través de la Facultad de Medicina y Antropología, proporcionaron docentes, experiencias de trabajo y documentación necesaria para lograr un alto nivel académico.

En particular la UNAM, como auspiciadora del curso, tuvo un papel clave en el primer y segundo postgrado, brindando al curso un prestigioso grupo de docentes y una novedosa propuesta pedagógica experimentada en su propia facultad de Medicina. Además, colaboró en la certificación académica de los títulos y de los certificados de participación entregados a los alumnos provenientes del sistema médico tradicional.

De la misma manera, la Cooperación Italiana, en coordinación con organismos internacionales como OPS, UNICEF y UNFPA, colaboró en la difusión del enfoque intercultural en salud y en su transformación en una propuesta concreta del sistema de salud pública boliviano. Durante el primer postgrado las organizaciones internacionales participaron otorgando becas a los alumnos y promoviendo el desarrollo de proyectos aplicativos, cumpliendo así con el propósito de crear nuevas competencias en los equipos de salud para mejorar la calidad de los servicios, en términos de accesibilidad y equidad. Durante el segundo ciclo de formación la colaboración se redujo a la OPS, que continuó concediendo becas y certificados de participación a representantes de la medicina tradicional.

A nivel local la Cooperación Italiana, en colaboración con la Universidad Autónoma Tomás Frías, organizó la coordinación técnica y didáctica general del programa de formación. La institución educativa fue la principal responsable de entregar la certificación del curso y los créditos académicos a los participantes. El Ministerio de Salud y Deportes, a través del Servicio Departamental de Salud (SEDES), otorgó el respaldo institucional a la iniciativa, garantizando la estabilidad laboral y profesional de los/as participantes en sus centros de trabajo.

3 Extracto del discurso pronunciado por el médico representante de la unam, Roberto Campos, en el acto de inauguración del postgrado en salud intercultural (18 de abril de 2001) ante autoridades locales, universitarias, personal de salud y representantes de organismos internacionales en salud.

El programa PROHISABA de la Unión Europea, que también trabaja en el departamento de Potosí, contribuyó a la realización del segundo curso, apoyando la coordinación logística y administrativa, la estadía y el transporte de los alumnos, el funcionamiento del centro de documentación y otras actividades. Gracias a ese aporte, los 55 alumnos del II postgrado se beneficiaron con el traslado desde sus puestos de trabajo a la ciudad de Potosí y con la estadía por cuatro días en un hotel. Además, la colaboración con PROHISABA significó poner a disposición de los alumnos una biblioteca en la ciudad de Potosí como punto de referencia para la investigación a través de Internet, el intercambio con tutores y docentes y las consultas bibliográficas.

Todas las instituciones participantes formaron parte del Comité Técnico Interinstitucional, encargado de la coordinación general de los cursos de postgrado. Este Comité se reunía periódicamente y en forma mensual a fin de analizar y evaluar el desarrollo de las actividades académicas y logísticas. Paralelamente, funcionaba un equipo coordinador del curso y del trabajo de seguimiento y tutoría de los participantes. Además, existía una unidad logística y de secretaría para coordinar la comunicación entre los alumnos, los docentes y los tutores.

La propuesta curricular del postgrado

La gran novedad de este curso respecto a otros cursos de postgrado en salud intercultural que se desarrollaron posteriormente en el país y a nivel latinoamericano (de la UMSA, de la Universidad de Ayacucho en Perú, etc.), fue que desde su inicio la Cooperación Italiana le confirió un carácter al mismo tiempo teórico y operativo. La idea de fondo no era realizar un curso tradicional en antropología médica, sino un curso práctico de salud intercultural, con el objetivo de proporcionar a médicos (y personal de salud) las herramientas operativas para mejorar su desempeño profesional y su relación con las comunidades indígenas. Se pretendía que la formación no fuera sólo una experiencia individual del alumno, sino que de ella se

beneficiara el sistema de salud en su conjunto, a través de la aplicación de los contenidos del curso por parte del personal de salud en sus ámbitos de trabajo.

Con este objetivo, la Cooperación Italiana estructuró el curso alrededor de dos prioridades: la primera, afrontar contenidos teórico-conceptuales acerca de la interculturalidad en salud con docentes y expertos en salud intercultural, antropología médica, epidemiología sociocultural, relación médico-paciente, etc.; y la segunda, desarrollar proyectos de investigación-acción para generar cambios con enfoque intercultural en los servicios de salud en los cuales trabajaban los alumnos.

Para lograr estos objetivos se elaboró un modelo curricular que justamente apuntaba a establecer un equilibrio entre las actividades académicas de los módulos didácticos residenciales y las actividades de investigación e intervención desarrolladas a través del diseño final de proyectos. En efecto, por un lado la parte teórica del curso impartió a los alumnos un saber diferente del convencional, un saber holístico e integral, que permitió una estrecha relación entre los aspectos clínicos y biomédicos de la enfermedad y los aspectos culturales, psicológicos, religiosos y ancestrales de ésta; y, por otro lado, la parte operativa de investigación-acción, que generó propuestas concretas de cambio compartidas por el establecimiento de salud con la comunidad. Se trataba, en definitiva, de combinar la teoría con la práctica, con el objetivo final de generar cambios significativos en la calidad de la atención de los servicios de salud, de mejorar la comunicación y el diálogo intercultural entre médicos y pacientes, y de contribuir a mejorar los indicadores sanitarios de la región.

En la fase de elaboración de la malla curricular se incorporaron elementos teóricos y prácticos percibidos por el personal de salud como fundamentales para construir una mejor relación con la población indígena. Los problemas y las deficiencias del sistema público de salud, individualizados por los equipos sanitarios y por las comunidades, constituyeron la justificación y el punto de partida de los contenidos curriculares del curso.

El resultado final de esta reflexión fue la puesta en marcha, para ambos ciclos de postgrado, de un programa de estudio compuesto de 12 módulos académicos que desarrollaron en profundidad materias y temas significativos vinculados a la salud pública y a la metodología de trabajo en salud intercultural, alcanzando un alto grado de calidad académica. La propuesta curricular del postgrado Willaqkuna fue la siguiente:

- 1 Historia de las medicinas: medicina moderna, medicina tradicional, medicina andina, otras prácticas terapéuticas.
 - Orígenes de la medicina occidental y moderna.
 - La colonia española y la fundación de los primeros hospitales en la región andina.
 - El desarrollo de la medicina occidental en América Latina.
 - La medicina en Bolivia durante la época prehispánica, colonial y republicana.
 - Historia y estructura de medicinas no biomédicas y alternativas.
 - La medicina como práctica y control social.
- 2 Interculturalidad, relaciones entre Estado, instituciones y comunidades indígenas en Bolivia.
 - Estado y nación.
 - Colonialismo, Estado y pueblos indígenas: antecedentes históricos y sociales a partir de 1492.
- 3 Estructuras y relaciones de poder en sociedades latinoamericanas.
 - Legislación sobre culturas y pueblos indígenas: Convenios y declaraciones internacionales.
 - La cuestión de la autodeterminación de los pueblos y el tema de las autonomías territoriales. Experiencias en Europa y en las Américas.
 - Conceptos y prácticas en interculturalidad. Experiencias en educación, justicia y otros.
 - Cosmovisión, religiosidad y derechos culturales en las sociedades multiculturales.
- 4 Experiencias de salud intercultural en Bolivia y en las Américas.
 - El desarrollo de políticas sanitarias hacia la población indígena en México: las experiencias de los años 50 y 70 del siglo pasado.
 - Las experiencias de hospitales mixtos en México y otros países de América Latina, América del Norte y el Caribe.
 - El desarrollo del enfoque intercultural en la región de la Araucanía: el proyecto mapuche y la oficina intercultural Amuldungum.
 - Los distritos sanitarios indígenas en Brasil.
 - Políticas sanitarias interculturales entre los kunas de Panamá.
 - Experiencias relevantes en Centroamérica y la región andina.



Roberto Campos Navarro, docente del Postgrado en Salud Intercultural Willaqkuna, explicando el *empacho*.



Walter Alvarez, médico *kallawayá*, docente del Postgrado en Salud Intercultural Willaqkuna.

- La Oficina Intercultural Willagkuna del Hospital Daniel Bracamonte de Potosí, Bolivia.
 - La experiencia de Causananchispaj en Caiza D y Cotagaita, Potosí.
- 4 Modelos y sistemas médicos. Conflictos y armonías.
- Culturas, saberes y prácticas médicas.
 - Conceptos de modelos y sistemas médicos: bases ideológicas, etiología, agentes terapéuticos, enfermedades.
 - Medicina tradicional y sistema biomédico.
 - Sistemas populares y alternativos.
 - Sistema de autoatención.
 - Interacción social y médica entre sistemas.
 - Estudio de casos e itinerarios terapéuticos.
- 5 Concepciones, prácticas y agentes indígenas sobre el proceso salud-enfermedad-atención.
- Cosmovisión andina, concepción holística indígena y su relación con lo bio-psíquico-social.
 - La relación entre lo religioso, lo productivo, lo social y lo médico.
 - Procesos de salud, enfermedad y atención en el mundo quechua-aymara.
 - Significado y eficacia terapéutica de las curaciones rituales y shamánicas.
 - Procesos de transformación de las culturas médicas indígenas.
 - Espacios y elementos de interacción con la biomedicina: contactos, encuentros y desencuentros.
 - Relaciones entre sistemas y terapeutas pertenecientes a diferentes sistemas.
- 6 Medicina tradicional, herbolaria y farmacopea indígena.
- Remedios empíricos y contexto geográfico-cultural.
 - La función curativa de las plantas medicinales y de otros principios activos de origen mineral y animal.
 - Etnoclasificaciones herbolarias: nombre, uso y propiedades terapéuticas, hierbas cálidas y frescas.
 - Experiencias de introducción de herbolaria en protocolos de atención hospitalaria e interacción entre herbolaria y biomedicina.
 - La investigación biomédica de la herbolaria medicamentosa.
- 7 Salud materna e infantil.
- Salud sexual y reproductiva: análisis de las problemáticas locales.
 - Desarrollo de la tecnología médica en torno al parto o medicación del parto.
 - Representaciones y prácticas en torno a las relaciones sexuales, la concepción y reproducción.
 - Cuidados durante el embarazo, trabajo de parto, parto, alumbramiento, postparto, recién nacido.
 - Posiciones de parto: tradicional y hospitalario. Conflictos y armonías médicas.
 - Conceptos de riesgo y cuidado.
- 8 Metodología de investigación-acción: monitoreo y ajustes a los proyectos de investigación-acción.
- Revisar técnicas de investigación cuantitativa y cualitativa (observación, entrevista, análisis de contenido).
 - Revisar instrumentos y medios para la investigación antropológica: guías de observación, guías de entrevistas, registro etnográfico, diario de campo y otros.
 - Revisar fases del proceso de investigación-acción (descripción, sistematización y análisis).
 - Estructura y redacción de informes finales de investigación-acción
 - Bases conceptuales del marco lógico.
 - Revisión de etapas del proceso de investigación-acción.
 - Estructura y redacción del informe final de investigación-acción.

- Revisión y análisis de proyectos de investigación-acción.
 - Revisión y análisis de las etapas del proyecto de intervención con base al marco lógico: diagnóstico, definición del problema, factibilidad, diseño, planificación, monitoreo y evaluación de los proyectos de investigación-acción
- 9 Programas interculturales de información, educación y comunicación para la salud.
- Sociología de los procesos culturales y comunicativos: acciones educativas y aprendizajes.
 - Procesos educativos comunitarios: características, metodologías, medios e instrumentos.
 - La estrategia de Información, Educación y Comunicación (IEC) en salud (campañas, movilización social, tecnología educativa).
 - Educación para la salud: elaboración de proyectos, gestión y evaluación.
 - La educación intercultural y bilingüe en Bolivia y en las Américas.
 - Otras experiencias de educación y comunicación intercultural.
- 10 Alimentación, nutrición, higiene, hábitos y estilos de vida.
- Conceptos de cálido-fresco, húmedo-seco
 - Alimentos de altura, valle y yungas.
 - Alimentación y ciclo vital.
 - Lactancia materna.
 - Formas alternativas de vida.
- 11 Epidemiología clínica y epidemiología sociocultural. Factores productores.
- Condiciones de morbi-mortalidad en la región andina del país.
 - Clasificación y conceptualización de las enfermedades prevalentes desde el punto de vista occidental e indígena.
 - Etiología o causas atribuidas a las enfermedades (físicas, sociales y mágico-religiosas).
 - Estrategias gubernamentales y comunitarias en el mejoramiento de las condiciones
- de salud de los pueblos indígenas y grupos urbanos
- 12 Relación médico-paciente y ética médica: enfoques y experiencias.
- Aspectos psicológicos y relacionales de la enfermedad, dimensiones sociales y culturales de la enfermedad.
 - Humanización y *desmedicalización* de la relación médico-paciente.
 - Técnicas para el mejoramiento de la relación médico-paciente.
 - La relación médico-paciente en las medicinas indígenas y alternativas.
 - La comunicación interpersonal en la cultura andina.
- Se trata de un programa de estudio completo y multidisciplinario que incluye desde aspectos teóricos de historia, antropología y ética médica hasta prácticas de investigación, acción en terreno y ciclos del proyecto.
- El borrador de la currícula se socializó y discutió con todas las instituciones que respaldaban el proyecto, en particular con la UNAM, por su experiencia previa en formación de médicos en antropología médica e interculturalidad. La convalidación del borrador curricular fue un proceso largo e intenso de negociaciones, particularmente entre los docentes del Departamento de Historia y Filosofía de la UNAM, que exigían rigor científico desde el punto de vista médico y antropológico, y las instituciones locales que pretendían realizar un curso aplicativo en salud intercultural y no un curso tradicional en antropología médica. De este proceso se obtuvo un aprendizaje recíproco entre la UNAM y el proyecto de la Cooperación Italiana. Por otra parte, la Universidad Autónoma Tomás Frías de Potosí asumió con madurez la necesidad de atraer competencias profesionales y docencias que no poseía, pues su Facultad de Medicina no tenía docentes que pudieran hacerse cargo del tipo de materias que eran fundamentales para encarar el postgrado.

Este plan académico ha sido evaluado por los propios participantes del postgrado de la siguiente manera:

...nosotros nos hemos desdoblado, hemos cambiado de manera de pensar... algunas veces solíamos ser también radicales protestantes de esta praxis (de la medicina tradicional), pero al final hemos entendido que es necesario integrarse... (Balderrama 2004)

El postgrado ha sido una novedad temática, se ha tratado un problema que si bien está latente, quizás no nos atrevíamos a hablar sobre el tema, y nos ha servido para reflexionar, de ahí que muchas personas hemos tenido que asimilar nuestras ideas al enfoque del curso (Ibañez, 2004).

El postgrado ha permitido a los participantes entender y comprender una costmovisión diferente a la nuestra o en la que hemos sido formados... ha permitido realmente descubrir otro mundo, descubrir... ¿no será la pólvora, no?, pero han descubierto que el conocimiento biomédico con el cual fueron formados no es absoluto, sino que hay otras concepciones de salud, de enfermedad, de cuerpo, de cuerpo biológico, de cuerpo espiritual, de cuerpo social y que hay diferentes percepciones de lo que es enfermar, de lo que es morir (Pérez, 2004).

La evaluación que hacen los participantes tocó también algunos aspectos críticos del programa:

Alguna vez, un indígena me planteaba si la interculturalidad no es otro método para acallar la rebelión indígena. No nos olvidemos que han venido con proyectos desde la "Alianza para el Progreso" (de los años 60), todo te lo piensan... Interculturalidad ¿Quién ha planteado?, ¿ha sido planteado desde los indígenas o desde gente que quiere ayudar a los indígenas? Veamos el grito de libertad y rebelión que tienen los pueblos indígenas, por un genocidio que dura 500 años, y en cierta forma la interculturalidad trata de acallar este grito... Sin embargo, yo creo que estamos en una etapa donde tenemos que entendernos el uno con el otro, no pueden existir actitudes de imposición... Bolivia es plural, es una mezcla de todos, y en este proceso sí vale lo intercultural, no en términos de que nosotros debamos solucionar los problemas de los indígenas en manera paternalista, ellos tienen que plantear sus problemas, sus modos de solución y nosotros entender y sugerir... (Marco Valencia, 2004)

El cuestionamiento respecto a que si la interculturalidad no es otra forma de acallar el grito de rebelión indígena, surgió a tiempo de realizar el trabajo etnográfico de algunas tesis desarrolladas en la zona de Llallagua, al norte de Potosí, donde se considera que la problemática intercultural, además de neutralizar el movimiento indígena, transfiere la solución de los problemas sociales y de clase hacia lo cultural. A objeto de equilibrar este tipo



Roberto Campos Navarro, explicando el susto.



Alumnos del Postgrado analizando el árbol de problemas de la desnutrición

de cuestionamiento y evitar que la problemática de la interculturalidad empiece y acabe en el ámbito meramente cultural, el enfoque intercultural en salud, paralelamente al desarrollo de los dos ciclos de postgrado, se convirtió ante todo en un programa político que pretende el desarrollo equitativo y horizontal de los sistemas médicos. El gobierno boliviano está intentando dar legitimidad y operatividad al modelo de salud intercultural a través de políticas de reconocimiento mutuo y armónico entre el sector biomédico y tradicional, y de rescate y fortalecimiento de la medicina tradicional.

En términos generales se puede afirmar que la propuesta curricular del postgrado respondió de manera coherente a las necesidades formativas que se habían planteado, introduciendo, por una parte, una serie de ámbitos temáticos novedosos, vinculados con el área de las ciencias sociales y la antropología, y volcando, por otra parte, la mirada de los participantes hacia su entorno inmediato: las comunidades indígenas, los problemas de relacionamiento de la población con el servicio de salud, la necesidad de adecuación de los servicios sanitarios. La posibilidad de lograrlo respondió a que el plan curricular no propuso únicamente un conjunto de recetas teóricas, sino que abordó los problemas sanitarios concretos, destapando una realidad que se constituyó en el espejo donde médicos y enfermeras podían ver y comprender que parte del problema eran ellos. Finalmente, fue posible porque hubo un justo equilibrio entre los modelos de carácter conceptual y teórico, con otros módulos de carácter aplicativo y de utilidad práctica para los alumnos.

La Cooperación Italiana tuvo la posibilidad de comprender las debilidades del plan curricular del postgrado y mejorarlas en el segundo ciclo de formación (2005-2006). En el II postgrado se insertaron materias que no habían tenido suficiente espacio y valoración en el 1 curso, como el módulo sobre Salud Materna e Infantil, donde participaron docentes nacionales e internacionales, gracias

al cual los alumnos comprendieron las diferentes concepciones y prácticas relacionadas al embarazo, el parto y el postparto, y se apuntó a mejorar la cobertura sanitaria. De la misma manera, en el segundo ciclo se incorporaron talleres de computación y de lengua quechua. Estas novedades surgieron de la evidencia de carencias de conocimientos generales por parte de los alumnos del postgrado sobre el manejo informático (escritura, presentaciones en *power point* y uso de Internet), y sobre el idioma quechua relacionado al ámbito sanitario. Este último taller ayudó a los participantes a reflexionar sobre las características de la comunicación en los idiomas andinos y en la adquisición de destrezas básicas en escritura y conversación en quechua, indispensable para la realización del trabajo de campo y entrevistas de investigación, y su interacción diaria con los usuarios de los servicios de salud.

El proceso de selección de participantes

Para la selección de los alumnos de los dos ciclos de postgrado se visitaron los centros de salud donde trabajaban los postulantes, con el objeto de identificar a los que pudieran estar realmente motivados, conocer sus proyectos de investigación e intervención, sus justificaciones, y observar *in situ* las características geográficas y culturales de la región donde se ubicaba el centro de salud.

El requisito fundamental de participación en el postgrado Willaqkuna era el proyecto de investigación-acción de los alumnos, principal parámetro de selección de los participantes. El mismo tenía que responder a criterios de pertinencia, eficacia, relevancia y participación comunitaria, en cuanto su objetivo era aportar elementos de mejoría a la calidad de la atención de los servicios sanitarios en que trabajaban los alumnos. Por ello, era fundamental conocer y evaluar directamente en el terreno la problemática descrita en el perfil de proyecto, el grado de involucramiento de la comunidad y el compromiso de todos los actores.

Quizás antes no habíamos entendido cuán importante era este proceso selectivo, que no fue sólo a través de la evaluación de las hojas de vida, sino que se dio en contacto con el alumno y con el establecimiento de salud. Esto era parte de una especie de etapa de pre-factibilidad del proyecto que se iba a desarrollar, que no lo teníamos muy claro al comienzo, pero que fuimos entendiéndolo en el proceso. De manera que si éste fue un punto crítico al inicio, después se convirtió en exitoso. De no hacerse el proceso de selección en terreno, temas como: la motivación del alumno, el implementar innovaciones en el establecimiento de salud, el análisis del entorno y del municipio en el cual se quiere trabajar se convierten en aspectos críticos, que en este caso fueron exitosos. Gracias a este proceso nos encontramos con un grupo de alumnos que permitieron que todos los esfuerzos organizativos, didácticos, metodológicos, institucionales y financieros tuviesen una respuesta extraordinaria (Citarella, 2004).

En general, este proceso de selección se empleó para el personal de salud (médicos, enfermeras y trabajadores sociales) de establecimientos de primer, segundo y tercer nivel, y para docentes universitarios. También se incorporó a personas que no pertenecían al sistema de salud biomédico, médicos tradicionales de origen quechua y facilitadores interculturales del hospital Bracamonte, que recibieron el certificado de participación al curso de la UNAM y de la OPS. Gracias a estos participantes se generaron interesantes y estimulantes debates, en los cuales resaltaban los conflictos y armonías, asimetrías y semejanzas entre concepciones y prácticas médicas. Varios representantes de la medicina tradicional andina y de la medicina naturista han pasado de ser alumnos a ser docentes, como es el caso de los módulos de Medicina Tradicional y Herbolaria, donde los expertos invitados compartieron con ellos conocimientos y lecciones. Esta heterogeneidad de los antecedentes de los alumnos ha permitido poner

en práctica, ya desde el aula, la interculturalidad, un diálogo abierto y horizontal entre diferentes profesiones y culturas médicas.

Este fue un punto álgido de los curanderos, pues tuvieron que enseñar sobre farmacopea indígena a los médicos institucionales. Junto a la experta en botánica⁴ una k'apachagera dio clases sobre la propiedad curativa de algunas plantas. De esta manera los médicos tradicionales se fueron integrando a los expertos internacionales (Citarella, 2004).

El equipo multidisciplinario de docentes y tutores

Para cumplir con los objetivos planteados en el plan curricular se conformó, para ambos ciclos de postgrado, un equipo de docentes nacionales e internacionales cuya experiencia en temas de interculturalidad y salud fue valiosa, no sólo por sus cualidades académicas, sino también por sus experiencias *in situ* de conocimiento de la realidad de las poblaciones indígenas de América Latina. Se trató de un grupo de profesionales heterogéneo, proveniente de diferentes lugares e instituciones, algunos con experiencia académica previa como los docentes de la UNAM, otros con experiencia de investigación en ámbito sanitario y de trabajo en organismos de cooperación, y otros con conocimiento de la realidad étnica local, como los médicos tradicionales.

La riqueza de este grupo docente, que incluía desde el catedrático hasta el médico tradicional kallawayá, pasando por una serie de profesionales titulados y acreditados, representa otro aspecto fundamental que ha conferido al curso un carácter académico y pedagógico alto y único en su género.

Además, es importante mencionar que, a nivel del grupo docente, hubo una diferencia sustancial entre los dos postgrados, en cuanto varios alumnos formados en el primer ciclo de estudio participaron en calidad de docentes en el segundo. Este hecho demuestra la contribución de la formación en la crea-

⁴ Se refiere a Abigail Aguilar, mexicana, doctora en etnobotánica, directora del Herbario del Instituto Mexicano del Seguro Social.

⁵ K'apachagera: mujer experta en el manejo de yerbas medicinales.

ción una importante conciencia crítica local, que ha llevado adelante principios, conceptos, y prácticas interculturales en salud.

La nómina de docentes fue la siguiente:

- Dr. Eduardo Menéndez, argentino, antropólogo. Centro de Investigaciones y Estudios en Antropología Social (CIESAS), México, D.F.
- Dr. Roberto Campos, mexicano, médico. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), México, D.F.
- Dra. Abigail Aguilar, mexicana, etnobotánica. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), México, D.F.
- Dr. Xavier Albó, nacido en España, ciudadano boliviano, antropólogo. Centro de Investigaciones y Promoción del Campesinado (CIPCA), La Paz.
- Dr. Andrea Caprara, italiano, médico y antropólogo. Universidad de Fortaleza, Brasil.
- Dr. Gerardo Fernández, español, antropólogo. Universidad de Castilla - La Mancha, España.
- Dr. Luís Alberto Vargas, mexicano, médico. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), México, D.F.
- Dr. José Luis Baixeras, español, médico. Agencia Española de Cooperación Internacional, La Paz.
- Dr. Jaime Ibacache, chileno, médico salubrista del Servicio de Salud de la Araucanía y del hospital Makewe.
- Dr. Bruno Parodi, mexicano, médico y etnobotánico. Investigador de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), México D.F.
- Dra. Zuanilda Mendoza, mexicana, médica. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), México, D.F.
- Dr. Oscar Velasco, boliviano, médico. Proyecto Concern Internacional - Bolivia, Oruro.
- Dr. Jaime Zalles, boliviano, terapeuta tradicional. Ministerio de Salud y Deportes, Bolivia.
- Dra. Margarita Sáez, chilena, antropóloga. Funcionaria del Ministerio de Salud de Chile.
- Dr. Carlos Serrano, boliviano, ingeniero de minas. Comisión Internacional de Estudios de las Geociencias, Potosí.
- Lic. Luca Citarella, italiano, antropólogo. Unión Europea, La Paz.
- Dr. José Luis Hurtado, boliviano, médico salubrista. PROSIN, Chuquisaca.
- Lic. George Komadina, boliviano, sociólogo. Universidad Mayor de San Simón, Cochabamba.
- Lic. Jesús Balderrama, boliviano, abogado. Hospital Daniel Bracamonte, Potosí.
- Dra. Susana Rance, inglesa, socióloga. Universidad Mayor de San Andrés, La Paz.
- Carlos Prado, boliviano, terapeuta tradicional. Centro Cultural Kuska, Cochabamba.
- Alberto Camaqui, boliviano, facilitador. Oficina Intercultural Willagkuna, Potosí.
- Basilia Montes, boliviana, facilitadora. Oficina Intercultural Willagkuna, Potosí.
- Paulina Colque, boliviana, facilitadora. Oficina Intercultural Willagkuna, Potosí.
- Dra. Yolanda Vargas, boliviana, médica salubrista. Potosí.
- Dr. Roger Carvajal, boliviano, médico. Instituto Boliviano de Biología de la Altura (IBBA), La Paz.
- Hugo Ticona, boliviano, médico kallawayaya. Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional (SOBOMETRA), Potosí.
- Dr. Santiago Xolalpa, mexicano, biólogo. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), México, D.F.
- Prof. Juan de Dios Yapita, boliviano, lingüista. Docente de la Universidad Mayor de San Andrés (uMSA), La Paz. Tutor de tesis del curso de postgrado de Willagkuna.
- Dra. Daly Santa María, boliviana, médica. PROHISABA, Potosí.
- Lic. Plácida Quiróz, boliviana, enfermera. Cooperacione Internazionále (COOPI), Potosí.
- Arq. Ruth Velasco, boliviana, arquitecta. Cooperacione Internazionale (COOPI), Potosí.

- Lic. Primo Nina, boliviano, lingüista. Universidad Mayor de San Francisco Xavier de Chuquisaca.
- Dr. José Calle, boliviano, médico. Hospital Daniel Bracamonte, Potosí.
- Dr. Rubén Durán, boliviano, médico. Hospital Eduardo Eguía de Tupiza, Potosí.
- David Keremba, boliviano, médico. Centro Cultural Quechua Guaraní San Lucas, Chuquisaca.
- Dr. Walter Álvarez, boliviano, médico. Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional (SOBOMETRA), La Paz.
- Dra. Caroline Hilarij, alemana, médica. Save The Children, La Paz.
- Germán Montalvo, boliviano, terapeuta tradicional. Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional (SOBOMETRA), Potosí.
- Lic. Ariel Pérez, chileno, comunicador. Centro de Promoción y Comunicación, La Paz.
- Dra. Adriana Ruiz, mexicana, médica. Docente de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), México D.F.
- Dra. Denise Arnold, inglesa, antropóloga. Instituto de la Lengua y Cultura Aymara (ILCA), La Paz.
- M.C.S. Iván Castellón Quiroga, boliviano, sociólogo. Cooperación Italiana. Potosí

Además del grupo docente, el postgrado Willaqkuna puso a disposición un importante grupo multidisciplinario de tutores, con la responsabilidad de asesorar a los alumnos en el trabajo de Investigación-acción (I-A). Para el desarrollo de los proyectos de investigación-acción, los/as participantes fueron asesorados permanentemente por el equipo de tutores de tesis, con el cual definían la problemática a investigar e intervenir. Los tutores, en colaboración con el equipo coordinador del curso, garantizaban el seguimiento técnico del proyecto a través de visitas personales en terreno y en los centros de trabajo de los participantes, además de metodologías de educación a distancia.

La tutoría propia de los dos ciclos de postgrado tuvo un importante componente innovador que per-

mitió alcanzar un alto nivel de investigación en terreno. Se trata de una metodología de trabajo única en su género, sin la cual no hubiera sido posible la generación de importantes proyectos de mejoría de las condiciones de salud de la población potosina. El equipo de consultores del segundo postgrado fue:

- **Luca Citarella, italiano, antropólogo.**
- **M.C.S. Iván Castellón Quiroga, boliviano, sociólogo. Cooperación Italiana.**
- **Dra. Carmen Beatriz Loza, boliviana, historiadora. Cooperación Italiana.**
- **Lic. Ricardo Royder, boliviano, antropólogo. Cooperación Italiana.**
- **Lic. Maya Benavides, boliviana, antropóloga. Cooperación Italiana.**
- **Dra. Alessia Zangari, italiana, antropóloga. Cooperación Italiana.**
- **Lic. Ingrid Tapia, boliviana, antropóloga. Médicos del Mundo.**
- **Dr. José Calle, boliviano, médico. Hospital Daniel Bracamonte.**
- **Lic. Carmen Julia Heredia, boliviana, psicóloga. Universidad Mayor de San Francisco Xavier de Chuquisaca.**
- **Lic. Vladimir Cruz, boliviano, lingüista. Universidad de la Cordillera.**
- **Lic. Vincent Nicolas, belga, antropólogo. Universidad Autónoma Tomás Frías.**
- **Lic. Juan Carlos Delgadillo, boliviano, sociólogo. Centro de Desarrollo Comunitario Causanachispaj.**
- **Dra. Lilian Calderón, boliviana, médica. UNFPA.**
- **Lic. Antonio Abal, boliviano, comunicador. Acción Cultural Loyola.**

La metodología de investigación-acción y estructura de los proyectos

La propuesta curricular y la metodología didáctica del postgrado pretendían introducir transformaciones en los saberes, sentires y haceres de médicos, enfermeras y otros trabajadores del sistema público

de salud a objeto de generar una importante masa crítica y agentes de cambio del sector público. En términos epistemológicos, la propuesta curricular de Willagkuna planteaba: a) otra forma de enseñanza-aprendizaje en el sistema médico que privilegie la interacción entre teoría y práctica (investigación-acción participativa), de manera que los participantes relacionen los conocimientos adquiridos en el aula con la compleja realidad del lugar; y b) relativizar el saber biomédico, recuperar otros saberes y otras miradas sobre salud-enfermedad.

De esta forma, además de la tradicional didáctica de aula común en talleres y seminarios, el postgrado afinó una metodología que permitió conferir a los alumnos los instrumentos operativos para la aplicación en el terreno de los contenidos didácticos en su propio establecimiento de salud. De forma obligatoria, todos los alumnos elaboraron un proyecto (tesis final) de investigación-acción como campo de aplicación y evaluación de los conceptos y habilidades adquiridas en el curso. El objetivo de los proyectos de I-A era mejorar la calidad brindada por los centros de salud donde desempeñaban sus funciones y hacer operativo el enfoque intercultural en salud. El paso siguiente a la elaboración de los proyectos era su implementación a través de financiamientos de organismos de cooperación e instituciones locales.

De esta manera, el curso pretendía que la formación de recursos humanos tuviera su impacto en la realidad sanitaria local, y que ésta no fuera sólo una experiencia individual, sino que propiciara cambios en el sistema de salud del departamento de Potosí. Por ende, los proyectos de I-A, cada uno diferente y relacionado a un particular contexto social y geográfico, trataban varias problemáticas de salud pública en el departamento de Potosí y en otras áreas de Bolivia, como:

- La discriminación social en la atención hospitalaria en áreas indígenas;
- los conflictos que se estructuraban alrededor de la relación médico-paciente;
- la necesidad de implementar en hospitales y centros de salud salas de partos tradicionales, casas de hospedaje para familiares de pacientes de origen rural, viveros de hierbas medicinales;
- la necesidad de replicar oficinas interculturales en otros hospitales del departamento de Potosí;
- los encuentros y desencuentros producidos al desarrollar tareas de IEC en contextos interculturales;
- la alta mortalidad materno-infantil;
- la existencia de desnutrición en niños menores de 5 años;
- el alto índice de enfermedades de transmisión sexual (como el cáncer cervicouterino);
- la enfermedad del chagas, ampliamente difundida en las áreas rurales de Potosí;
- la baja calidad de los servicios sanitarios, etc.

Es importante volver a mencionar que la elaboración de estos proyectos fue posible gracias a la metodología de tutoría propuesta por la Cooperación Italiana, a través de la cual se hizo el seguimiento y asesoramiento en terreno y a distancia de los alumnos en el diseño de los proyectos de I-A, cuya investigación y propuesta de intervención generó, a su vez, proyectos de cambio importantes.

Para el cumplimiento del proceso de elaboración de los proyectos, la Cooperación Italiana elaboró también una guía de contenidos que exige la definición del objeto de estudio, de los actores sociales de investigación y la definición de técnicas de investigación de manera sucesiva hasta completar la estructura general de los proyectos. La guía en cuestión es la siguiente:

GUTA 1

Diseño de investigación social (1-A)**1. ANTECEDENTES**

Descripción de los principales antecedentes relativos a la problemática de investigación-acción, los antecedentes que existen en la bibliografía y los antecedentes de salud que existen sobre dicha problemática en su zona o área de trabajo.

2. JUSTIFICACIÓN

Descripción de la importancia del proyecto de I-A con referencia a uno o más de los siguientes criterios:

- a) ¿Es oportuno?
- b) ¿Está relacionado con un problema práctico?
- c) ¿Se refiere a una amplia o pequeña población?
- d) ¿Se refiere a una población o grupo que es factor real de poder o que se encuentra en una situación crítica?
- e) ¿Llena algunos vacíos del conocimiento social?
- f) ¿Afina la definición de un concepto o relación importante?

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Definición del objeto de estudio. Planteamiento de cuestionamientos que expresen con claridad qué es lo que se ignora y qué se pretende conocer e intervenir. Presentación de preguntas en orden de importancia.

Se debe tomar en cuenta que el planteamiento de un problema a investigar puede estar expresado en un párrafo o en una o varias preguntas acerca de un fenómeno, una región, uno o varios grupos sociales, cuya respuesta o solución aún no esté presente en los conocimientos existentes.

Incluir cuestionamientos de investigación y de acción. Estos cuestionamientos deben ayudar a la elaboración de los objetivos específicos de investigación y acción.

4. OBJETIVOS**Objetivos de investigación**

- a) Señalar un objetivo general de investigación, es decir, cuál es el principal problema que se quiere investigar o valorar.
- b) Señalar objetivos específicos de investigación.

5. METODOLOGÍA**5.1 Tipo de metodología**

Definir si la I-A es de tipo cualitativo y/o cuantitativo. Explicar las razones de la elección; la relación entre la metodología y el tema de investigación; y definir en qué consiste una investigación cualitativa y cuantitativa.

5.2. Técnicas metodológicas de recolección de información

Mencionar qué técnicas de recolección de información se van a emplear. Definir en qué consiste cada una de las técnicas que se van a emplear, y explicar cómo se van a usar, con qué grupos sociales y para obtener qué tipo de información.

5.4 Universo de investigación (población y muestra)**5.4.1. Población**

Definir la población objeto de estudio. Especificar el contexto poblacional en el que desarrollará su investigación.

5.4.2. Muestra o actores sociales de la investigación

Definir el tamaño de la muestra o el número de los actores sociales o sujetos (grupos de interés) que participarán directamente en la investigación (madres, familias, niños, jóvenes, personal de salud, médicos tradicionales).

5.5. Contexto espacial o geográfico

Mencionar en qué espacio geográfico y jurisdiccional o institucional se realizará la investigación y hacer una breve descripción de éstos.

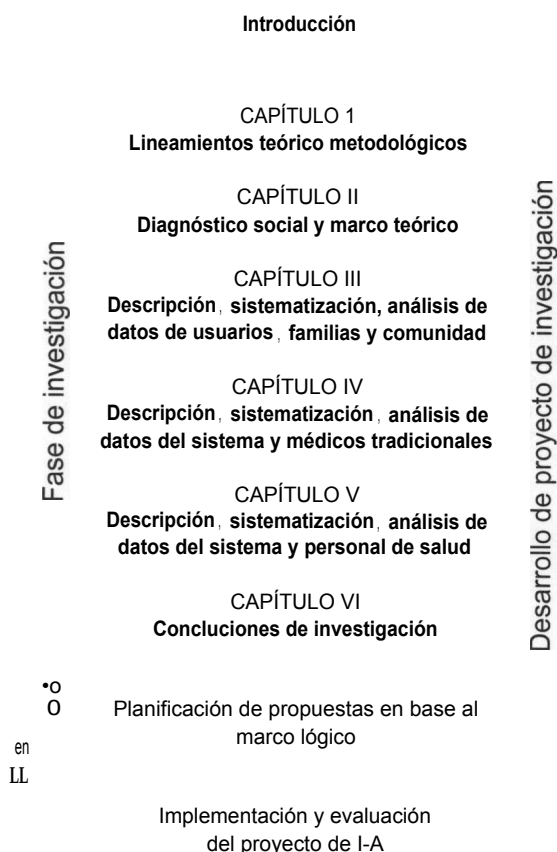
5.6. Cronograma de proyecto de I-A

Establecer plazos de tiempo que se asignarán a la fase de: (a) investigación (recolección, sistematización y análisis de información social) y, (b) acción (planificación del proyecto).

6. BIBLIOGRAFÍA

Incluir la bibliografía consultada de acuerdo a un sistema uniforme, en el que se consignen los siguientes datos: Autor, título, lugar de edición, editorial y año de edición.

Gracias a esta guía metodológica, los proyectos de investigación-acción han tenido la siguiente estructura:



Capítulo i. Lineamientos teórico-metodológicos. En este capítulo se definen: a) antecedentes, b) planteamiento del problema, c) objetivos generales y específicos de investigación y de intervención, d) justificación y utilidad, e) metodología y herramientas de recolección de información, f) contexto social y espacial, g) cronograma completo del proyecto de I-A.

Capítulo u. Diagnóstico social y/o marco teórico. En este capítulo se hacen descripciones y análisis respecto a: a) población, b) economía, c) política, d) educación, e) cultura, f) religión, g) vías de comuni-

cación, h) saneamiento y servicios básicos, i) salud. Asimismo, se incluye la descripción de los centros de salud donde se realizaron las investigaciones: a) breve historia del hospital o centro de salud, b) descripción del personal de salud (número, composición social, servicios), c) cuadros estadísticos de morbi-mortalidad.

Capítulo nu. Descripción, sistematización y análisis de los datos etnográficos encontrados de los usuarios, familias y comunidad. El capítulo tiene por objeto describir, sistematizar y analizar los datos etnográficos encontrados en el eje comunidad-familia-paciente. Es decir, una descripción y análisis de los conocimientos, actitudes y prácticas encontrados en la comunidad, las familias y los pacientes en torno a una problemática de investigación.

Capítulo iv. Descripción, sistematización y análisis de los datos etnográficos encontrados en el sistema médico tradicional. Donde se describan y analicen los conocimientos, actitudes y prácticas encontradas en médicos tradicionales, parteras, curanderos, yerberos, etc.

Capítulo v. Descripción, sistematización y análisis de los datos etnográficos encontrados en el personal de salud. En este capítulo se pretende hacer una descripción y análisis de los conocimientos, actitudes y prácticas encontradas en el sistema médico institucional por el personal de salud (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería).

Capítulo v. Conclusiones de investigación. Además de las conclusiones que en forma preliminar se ensayaron al término de cada uno de los capítulos precedentes, en este capítulo aparecen las conclusiones generales de la fase de investigación, se consignan los principales hallazgos encontrados en las comunidades, familias, pacientes y personal de salud, tratando de responder a las principales interrogantes o supuestos con los que partió la investigación.

Capítulo vi. Planificación de propuestas en base al marco lógico. Se planifican las propuestas de intervención (planes, programas, actividades, elaboración de materiales y otros) de acuerdo con los

objetivos de partida y los insumos encontrados y/o producidos durante la fase de investigación.

Capítulo vii. Ejecución de propuestas de transformación. Sobre la base de la planificación anterior, se estructuran las propuestas en base al marco lógico y cronograma de ejecución de las propuestas de acción.

Aunque la guía ofrece la estructura de la investigación y las pautas para la propuesta de cambio, el desafío del postgrado radicó en la capacitación de los alumnos y en la adopción de una visión crítica y de técnicas de análisis cualitativas de la realidad.

Al ingresar en el postgrado los tesisistas tenían poca experiencia en técnicas etnográficas de recolección de información y en el manejo de técnicas cualitativas (entrevistas en profundidad, entrevistas individuales y grupales, entrevistas estructuradas e informales, observación directa, análisis de contenido). El objetivo del postgrado consistió, por tanto, en estimular a los alumnos a construir relaciones sociales y de cercanía con los actores de su investigación (pacientes, personal de salud, madres, autoridades locales, médicos tradicionales, parteras y otros); aprender a observar la realidad desde un punto de vista distinto al de la mirada biomédica, lo cual se traduciría en cambios de conducta personal y de ética de trabajo, en un mayor acercamiento al otro, en diálogo, respeto y empatía. En otras palabras, en la construcción de acciones interculturales en salud, como lo atestiguan los propios participantes:

Respecto a la metodología que utilizábamos, nosotros los médicos estábamos acostumbrados a utilizar la metodología cuantitativa y no así la cualitativa, que fue un nuevo conocimiento, porque creíamos que lo cualitativo no tenía rigor científico, incluso al interior del postgrado discutimos esto entre nosotros (Valencia, 2004).

Esto fue un aprendizaje en términos de actitud mental, aprendieron a preguntar qué piensa el otro, a dialogar con él, a no asumir que el punto de vista médico institucional es el único para re-

solver los problemas; aprendieron muchas cosas que normalmente la universidad no enseña. Estos aprendizajes son los que quedan en el tiempo, el alumno se puede olvidar la definición de investigación cualitativa o cómo se hace una entrevista, una observación, pero lo que queda es una actitud mental que se reflejó en todos los proyectos que plasmaron el punto de vista del otro. Con esta actitud hicieron hallazgos importantes, tanto para el conocimiento antropológico como para hacer intervenciones en Salud Pública (Citarella, 2004).

Resultados e impactos del postgrado

El impacto del postgrado Willaqkuna entre los recursos humanos y las instituciones de salud

El más importante logro del postgrado Willaqkuna fue la transformación de la vida de los alumnos, los cambios de concepciones, de actitudes y de prácticas en las relaciones con los pacientes y con modelos médicos diferentes. Esto se reflejó en la posibilidad de los mismos estudiantes para trasladar sus conocimientos, aplicando el enfoque intercultural en sus propios centros de trabajo, sean estos establecimientos de salud rurales, urbanos o que formen parte del SEDES y del Ministerio de Salud. El postgrado Willagkuna logró generar una importante masa crítica, unos "agentes de cambio" en el sistema sanitario departamental y del país que, distribuidos en diferentes ámbitos de acción en salud, han adoptado concepciones y prácticas acerca de la salud y la enfermedad, base para la construcción de un nuevo modelo de salud intercultural.

El postgrado contribuyó también a la introducción de la salud intercultural en las agendas de las instituciones regionales y nacionales que se ocupan de la salud pública. Hoy, tanto el Ministerio de Salud como los servicios regionales, los municipios y las ONG locales avanzaron en el reconocimiento de la diversidad cultural como un desafío fundamental de trabajo, tanto en lo que se refiere a la atención en salud como en los programas de promoción y educación.² El postgrado hizo vi-

sibles a los pueblos originarios, reconociendo y validando saberes y prácticas indígenas en salud. Ensayó estrategias de comunicación e interacción de saberes biomédicos y tradicionales para su introducción en las políticas de salud de organismos internacionales, nacionales y locales.

Ya antes de la creación de la Dirección de Salud Intercultural del SEDES Potosí en el año 2006, funcionarios del Servicio Departamental de Salud, que habían cursado el postgrado Willagkuna, explicaban así el cambio ofrecido por la formación:

Desde que terminé el postgrado estoy empujando para que en los planes operativos del sedes se incorpore la medicina tradicional. Hice un plan estratégico de capacitación y de encuentro con los médicos tradicionales para que éstos puedan atender consultas en los centros de salud. El problema es que **se integren**, sería interesante que el médico tradicional **le enseñe al** médico lo que él sabe y el personal de salud le enseñe al médico tradicional. (Salguero, 2004).

Habiendo ya concluido el curso trato de contribuir a cambiar la mentalidad de los médicos que no aceptan hasta ahora el sistema de la medicina alternativa... siempre hay resistencia al respecto pero trato de que los médicos se inclinen a esta política... (Balderrama, 2004)

Yo utilizo algunos medicamentos tradicionales, por ejemplo los vahos de eucalipto con mentisan, que es una mezcla entre medicina tradicional y popular.. lo importante es que yo no rechazo que mis pacientes utilicen otras terapias. (Calle, 2004)

De la misma manera, otros testimonios afirmaban: ...yo personalmente estoy trabajando con enfoque intercultural, porque lo necesito en la materia de Salud Pública... a mis alumnas les hablo de interculturalidad; y ahora, en la atención del parto domiciliario donde les llaman, ellas tienen que compartir con el esposo o partera, entonces lo que yo tengo que lograr es que no peleen entre ellos, que se enseñen cosas... queremos que haya este compartir. Los que no nos comprenden son los médicos, pero nosotras estamos trabajando dando

formación a las parteras y recibiendo información de ellas. (Quiroz, 2004).

Un ejemplo interesante de la operativización del enfoque intercultural fue la creación en el norte de Potosí (municipio de Tinquipaya) de un centro de salud de segundo nivel intercultural. Este centro, en cuyo proyecto participaron algunos alumnos del 1 y II postgrado, representa un ejemplo de adecuación de espacios físicos destinados a mejorar la calidad de la atención y favorecer la articulación entre personal sanitario y médicos tradicionales de la zona.

Son varios los testimonios que indican que el postgrado ha tenido y sigue teniendo efectos positivos en la vida personal y profesional de los participantes. La modalidad y la intensidad de la influencia del postgrado en la vida laboral de los ex alumnos es notablemente diferente, dependiendo del tipo de trabajo desempeñado, pero en general se puede afirmar que este proceso formativo ha dejado importantes huellas y ha generado un visible cambio de actitud por parte del personal sanitario. Ex alumnos del postgrado están desempeñando importantes funciones en organismos internacionales de cooperación, aplicando el enfoque intercultural como instrumento de mejoramiento de la salud de la población boliviana. De la misma manera, otros participantes del postgrado Willagkuna cumplen hoy cargos importantes en el Ministerio de Salud y llevan adelante, bajo un enfoque intercultural, políticas de articulación entre sistemas médicos y de fortalecimiento de la medicina tradicional.

Por último, es importante mencionar que, a partir de la experiencia del postgrado Willagkuna, el Ministerio de Salud y Deportes, a través de universidades bolivianas como la UMSA, promovió cursos de especialidad en salud intercultural en La Paz (con profesionales de los departamentos de La Paz, Oruro y Cochabamba, y las poblaciones de San Julián y Riberalta), y en Cochabamba (con profesionales del mismo departamento, de Tarija, de Chuquisaca, de Beni y de Santa Cruz).

Los cursos se realizaron con la misma visión filosófica del postgrado Willaqkuna y se estructuraron alrededor del mismo objetivo, es decir, incorporando los conceptos de la temática intercultural en la visión biomédica predominante del sistema de salud boliviano, buscando construir acciones de enfoque interdisciplinario respecto de los usos y costumbres para la interacción con la comunidad. Dirigidos, preferentemente, a los recursos humanos de la Red de Servicios de Salud Rural y, en segunda instancia, del primer nivel suburbano del sector público, bajo requisitos expresos. La coordinadora de estos cursos, la Dra. Nila Heredia, ex Ministra de Salud, afirma:

La formación de recursos humanos en el nivel especialidad constituye parte de la actividad del Ministerio de Salud y Deportes con base a un modelo de salud con acción de y en la comunidad, siendo la interculturalidad transversal a estrategias planificadas, en cuanto permite desarrollar la temática hacia un sistema único de salud e impulsar la investigación en interculturalidad... además, conformar una red de intercambio, de información y de trabajo entre las diferentes formas de atención en salud, orientado hacia la complementariedad de acciones con las diferentes formas de atención.

La implementación de los proyectos de I-A

El propósito que inspiraba la realización de proyectos de investigación-acción era promover la transferencia de conocimientos teóricos hacia actividades concretas, vinculadas con los ámbitos de trabajo de los participantes o con el sistema de salud de la región (hospitales, consultorios, establecimientos de salud rurales y otros). De esta manera, se pretendía que el curso de formación fuera una ocasión para promover experiencias de cambio, desde la perspectiva intercultural, al interior del sistema de salud del país.

Parte de este proceso era la idea de financiar los mejores proyectos de investigación-acción de los alumnos de los dos postgrados, ponerlos en práctica y asegurarles seguimiento y continuidad. Lamenta-

blemente, este objetivo se cumplió sólo en parte, en cuanto la Cooperación Italiana se retiró de esta actividad a causa de factores internos a la institución.

El vacío dejado por el programa italiano fue llenado en parte por el programa PROHISABA de la Unión Europea, que financió la implementación de los mejores cuatro proyectos de investigación-acción del segundo postgrado. El PROHISABA trabaja en el departamento de Potosí desde hace varios años, dando espacio al enfoque intercultural. También participó de la organización del curso, permitiendo la continuidad del proyecto de implementación de las tesis de I-A, a través del Viceministerio de Medicina Tradicional, el SEDES Potosí y el CODEMETROP. No sólo los cuatro proyectos implementados, sino todos aquellos elaborados por los alumnos del primer y del segundo postgrado, fueron producto del gran esfuerzo de estos para hacer conocer las limitaciones del sistema biomédico y las fortalezas y potencialidades de la medicina tradicional.

Los proyectos seleccionados bajo criterios técnicos y científicos son presentados en la página siguiente.

La implementación de estos proyectos fue una experiencia importante y útil para el proceso de cambio y mejoramiento del sistema médico oficial emprendido por las instituciones sanitarias locales como el SEDES. Todos apuntaban a mejorar la calidad humana, profesional y técnica de los servicios de salud, despertando entre el personal sanitario nuevas sensibilidades, actitudes y maneras de relacionares con los pacientes.

Sin embargo, y a pesar de los esfuerzos realizados, ni el PROHISABA como financiador, ni el SEDES y el CODEMETROP como auspiciadores, lograron dar continuidad y seguimiento a los proyectos seleccionados. La apropiación y sostenibilidad técnica y económica de los mismos, tanto por parte del SEDES y CODEMETROP cuanto por parte de los centros de salud y hospitales en los cuales se aplicaron las intervenciones, fue muy

ALUMNO	TÍTULO	DESCRIPCIÓN PROYECTO	RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN
			La implementación del proyecto ha dado como resultado la elaboración de <i>Protocolos de tratamiento complementario entre la biomedicina y la medicina tradicional para las mujeres durante el embarazo, parto, puerperio en el Municipio de Potosí y del Manual de uso de plantas medicinales para embarazo, parto y puerperio</i> .
REYNOLDS RODRIGO, Marcy Antonieta	"Uso de la herbolaria medicinal en el embarazo, parto y puerperio".	La investigación buscaba conocer los saberes y prácticas del personal de salud biomédico, parteras y médicos tradicionales, mujeres gestantes y sus familias respecto al uso de plantas medicinales durante la gestación, el parto y el puerperio, a fin de introducir el uso de estas plantas en el sistema público de salud .	Los protocolos y el manual elaborado junto al CODEMETROP han sido validados en los Centros de Salud del Municipio de Potosí y luego por el VMMTI y SEDES Potosí, con el fin de verificar la utilidad de las plantas en los dos sistemas de atención con un enfoque de complementariedad e interculturalidad. Estos productos han sido distribuidos en todos los centros de salud del Municipio para su uso y aplicación.
VILLAZÓN LLANOS, Carmen	"Causas que influyen para que las mujeres púrpas no retornen al control de puerperio al centro de salud San Gerardo de la ciudad de Potosí "	El proyecto intentaba determinar las causas que influyen para que las mujeres púrpas no asistan a su control de puerperio al Centro de Salud de San Gerardo.	Estos dos trabajos de investigación-acción han sido implementados a través de un único proyecto de IEC en salud materna con enfoque cultural, cuyo producto ha sido contar con personal de salud capacitado sobre salud intercultural y la elaboración de dos spots televisivos y de tres programas de educación para los usuarios de los centros de salud. Durante la capacitación se involucraron a grupos de madres, las mismas que sirvieron de testimonio clave para la producción del material audiovisual
VELÁSQUEZ VARGAS, Julia Elizabeth	"Estrategia de Información, Educación y Comunicación (IEC) en salud materna con enfoque intercultural"	La investigación buscaba conocer las percepciones que tienen las mujeres respecto a los métodos, materiales y mensajes en salud materna que reciben del personal del Centro de Salud Parí Orcko de la ciudad de Potosí.	
		El proyecto pretendía identificar las concepciones que tienen las mujeres embarazadas respecto a la atención recibida durante el control prenatal en el Centro de Salud Sud de Tupiza, profundizando en sus expectativas y de satisfacción, a fin de disminuir la morbi-mortalidad materna y perinatal mediante el mejoramiento de la calidad de atención del control prenatal con enfoque intercultural	
PORTELA LIMA, Hubert	"Elementos deseados durante el control prenatal: estudio de satisfacción de usuarias usuarias y Control de Salud Central del Centro de Salud Sur en con énfasis interculturalidad".		La implementación del proyecto ha dado como resultado la elaboración de <i>Protocolos de atención médica durante el control prenatal, con enfoque intercultural</i> . Estos protocolos se constituyen como una estrategia adoptada por la red de salud de Tupiza para mejorar las coberturas de los controles prenatales. Se hizo una capacitación al personal de salud en el uso de los protocolos validados por el SEDES Potosí.

débil. Esta falencia muestra la complejidad de la realidad de un departamento como Potosí donde existe un Plan de Desarrollo que contempla actividades y políticas interculturales en salud. Pese a los esfuerzos y a las buenas intenciones de las instituciones locales y nacionales, la operatividad del enfoque intercultural es todavía un proceso largo y, a menudo, contradictorio.

Avance y consolidación del currículo académico en salud intercultural

La propuesta curricular del postgrado Willaqkuna contribuyó de manera significativa a generar una importante reflexión acerca de la necesidad de mejorar la formación de pregrado, a través de una reforma curricular en las facultades de Medicina y Enfermería.

Desde la propuesta curricular del postgrado han nacido planes para la formulación de un currículum de pregrado, con materias de enfoque intercultural para las facultades de Ciencias de la Salud de la UATF, con la convicción de que mejorar la formación de base significa contribuir a la mejoría de la situación socio-sanitaria de Potosí. El currículo constituye, en efecto, el plan de acción para la formación del profesional, desde el que se organiza, dirige, ejecuta y controla el proceso de enseñanza /aprendizaje para la formación que necesita la sociedad, teniendo en cuenta las necesidades sociales, económicas y culturales, los intereses y las motivaciones de los actores del proceso. Un currículo formativo apropiado debería tomar en cuenta, por lo tanto, la complejidad de la situación socioeconómica y cultural del territorio, así también del estado del sistema sanitario y de los recursos del país.

La necesidad de mejorar la formación de pregrado es hoy una prioridad del Estado boliviano, compartida y sentida por varias instituciones académicas y sanitarias locales y por los mismos ministerios de Salud y Educación. La reforma curricular, en concreto, parte de las actividades del Plan Departamen-

tal de Articulación Medicina Académica - Medicina Tradicional 2007/20 10 del SEDES Potosí. La reforma curricular es todavía una aspiración en cuanto implica un cambio profundo en los saberes, sentires y haceres de médicos y enfermeros, tanto académicos como clínicos, para los cuales las instituciones universitarias y el Colegio Médico no están todavía suficientemente preparados.

Al finalizar el primer ciclo de formación del postgrado Willaqkuna, la Facultad de Medicina de la UATF ya contaba con una cátedra de Antropología Médica y con docentes, ex alumnos, empeñados en llevar adelante un proceso de transversalización del enfoque intercultural en cada materia. Estos primeros avances no se han logrado aún y la Facultad de Medicina se encuentra actualmente en una posición de reflexión sobre el camino a emprender.

Mayores avances se han producido en la Carrera de Enfermería, donde se ha rediseñado el currículo con el enfoque de la formación basada en competencias específicas y otorgando un carácter intercultural al micro-curriculum académico, a objeto de ofrecer a los estudiantes un proceso de enseñanza/aprendizaje contextualizado y basado en las necesidades locales; vale decir que se han individualizado las materias clave para transversalizar el enfoque intercultural, Salud Pública 1 y II, Ginecología y Obstetricia, Farmacología, Epidemiología, Anatomía, Nutrición y terapia de dieta. Además, la Facultad de Enfermería ha activado una cátedra de Antropología y Sociología y otra de Idioma Quechua.

El caso específico muestra importantes resultados respecto de la participación y apertura hacia cambios e innovaciones, a veces difíciles, como la inserción de contenidos pedagógicos de autocrítica (saber ser) y de atención humanizada al paciente (saber hacer), que contrastan con la didáctica y las nociones tradicionales de la ciencia de la enfermería. El currículo de la Facultad, además, ha sido mejorado con la introducción del entrenamiento de los estudiantes en las áreas rurales durante algunas semanas cada año académico. Éste es un paso hacia

adelante en la didáctica tradicional, útil para la formación del futuro profesional que debe empezar a relacionarse con la realidad sociocultural y sanitaria desde los primeros años de estudio.

Debilidades y aspectos a mejorar

Pese a los efectos positivos del postgrado Willaqkuna, a nivel de propuesta curricular y operatividad del enfoque intercultural en salud, la iniciativa de formación ha tenido una débil apropiación por parte de las instituciones involucradas y problemas de sostenibilidad que hoy son la causa de la falta de continuidad de la exitosa propuesta formativa. Entre los motivos de esta situación, encontramos:

- La debilidad institucional de la UATF, a la cual el postgrado Willagkuna estaba vinculado. La UATF, al terminar el segundo ciclo de postgrado, había manifestado el interés y el compromiso para llevar adelante nuevos cursos de postgrado en salud intercultural, aprovechando los recursos humanos formados por la Cooperación Italiana y la red de docentes de universidades latinoamericanas que había participado en el desarrollo de las actividades formativas. Sin embargo, su inestabilidad institucional, que se ha traducido en estos últimos años en una grave crisis de gestión, ha obstaculizado las actividades académicas por un largo periodo y ha causado la pérdida de continuidad con la propuesta académica de postgrado.
- Además de esta situación, la Facultad de Medicina de la Universidad Tomas Frías, que debería haber impulsado este tipo de formación tanto para el pregrado cuanto para el postgrado, está todavía en proceso de apertura hacia el modelo de salud intercultural y de aceptación de las tentativas de articulación con la medicina tradicional, todos aspectos que son indudablemente innovadores y de ruptura con la tradicional formación médica. En otras palabras, ha faltado en la Facultad de Ciencia de la Salud una masa

crítica, promotora de cambio capaz de liderar el proceso de reforma curricular del pregrado y postgrado, y de llevar adelante el proyecto de transversalización de contenidos de antropología médica e interculturalidad en cada asignatura. Mientras que las carreras de Enfermería y de Trabajo Social lograron avances significativos en este sentido, la Facultad de Medicina está bloqueada entre aspiraciones de cambio y resistencias corporativas.

- Por otro lado, las instituciones nacionales y departamentales de salud intercultural no han sabido aprovechar, estratégicamente, el valioso grupo de profesionales de Potosí especializados en esta temática. En efecto, el SEDES Potosí ha instituido, en 2006, la Dirección de Salud Intercultural, con su propio director, recursos y plan de desarrollo. Sin embargo, esta Dirección no se ha beneficiado a plenitud de la experiencia del postgrado y de los funcionarios que desde esta institución han participado del curso. No se ha podido conformar al interior del SEDES un grupo de trabajo con especialistas en salud intercultural, y los ex alumnos (cinco en total) no son adecuadamente valorados y tenidos en cuenta para la elaboración de planes y programas con este enfoque. Esta situación se debe a que, tal vez, las prioridades de la Dirección de Salud Intercultural del SEDES se orientaran (como ocurre a nivel nacional) hacia el tema de la medicina tradicional y no se pudo trabajar más en el tema de calidad de servicio. Así lo explican algunos ex alumnos del postgrado:

Nunca la dirección de salud intercultural nos ha interpelado, nunca nos ha pedido ayuda o sugerencias en la planificación de actividades, y esto es una pena porque nosotras también podríamos contribuir, hemos sido formadas sobre este tema, pero para la dirección más que articulación entre sistemas médicos lo que importa es el reforzamiento de la medicina tradicional... (Nelia Machicado, 2009).

Recomendaciones

El postgrado Willaqkuna ha puesto en evidencia la necesidad de mejorar la formación de los recursos humanos que trabajan en el sector salud. Esta necesidad no se expresa sólo en la formación de postgrado, sino también a nivel de pregrado, donde se transmiten los saberes, sentires y prácticas de la profesión médica. El proyecto tuvo el mérito de mostrar, a un público bastante amplio, las limitaciones y las deficiencias de la formación de pregrado de las facultades de Medicina y Enfermería de regiones como la de Potosí, donde la mayoría de los usuarios del sistema público de salud son indígenas.

El aspecto más importante de este proceso fue la evidencia de que las mismas autoridades académicas y ministeriales comparten con la Cooperación esta inquietud y la necesidad de empezar un proceso de reforma curricular profundo. El currículo constituye, en efecto, el plan de acción para la formación del profesional, desde la organización, dirección, ejecución y control del proceso de enseñanza /aprendizaje hasta la formación que necesita la sociedad, teniendo en cuenta las necesidades sociales, económicas y culturales, los intereses y las motivaciones de los actores del proceso. Un currículo formativo apropiado debería tomar en cuenta, por lo tanto, la complejidad de la situación socioeconómica y cultural del territorio, como también del estado del sistema sanitario y de todos los recursos del país. Por lo tanto, se trata de responder a la necesidad de crear mejores médicos

y enfermeros para servir útilmente en el contexto en el cual están situados.

El proceso de implementación de este cambio requiere de una gran voluntad política y de un sustento técnico de alto nivel que choca con actitudes cerradas y corporativistas propias del Colegio Médico y de los otros gremios de salud. Las agencias de cooperación internacional deberían apoyar al Ministerio de Salud en la conformación de una mesa diálogo y discusión técnica que identifique las bases de un proceso pedagógico innovador que apunte a mejorar la calidad y competencias del personal de salud y a identificar un nuevo perfil profesional, más coherente con las necesidades de la población, particularmente en las áreas rurales. En este esfuerzo, la experiencia realizada por el postgrado Willaqkuna puede ser de gran ayuda: el capital técnico que se ha acumulado en términos de propuesta curricular, metodología, propuestas de microproyectos, seguimiento de los alumnos en terreno debiera ser utilizado tanto en la implementación de ciclos formativos de las mismas características como en actividades de pregrado. Los alumnos formados constituyen una masa crítica que necesita el país y que puede orientar a las instituciones en el proceso de reforma curricular. Por esta razón, sería interesante y oportuno que los recursos humanos, formados tanto por el postgrado Willaqkuna como por otras iniciativas paralelas (postgrado en interculturalidad de la UMSA de La Paz), se junten para la constitución de una red o comité de asesoramiento en temas relacionados a la salud intercultural.

CUADRO RESUMEN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN-ACCIÓN

En esta sección se presenta un cuadro resumen de algunos de los proyectos del primer y segundo Postgrado.

AUTOR	POST-GRADO	TEMA DEL PROYECTO	BREVE DESCRIPCIÓN
			Describir y analizar las concepciones y practicas populares en torno a los problemas durante el embarazo y determinar los principales factores de riesgo obstétrico que reconocen las mujeres del área peri urbana de la ciudad de Potosí, con el objetivo de crear materiales educativos culturalmente adecuados.
Dr. Daly Santa María Aguirre	Primero	Concepciones y prácticas En torno a los problemas durante el embarazo	
			Aplicación de conocimientos y prácticas de la medicina indígenas de Yura en la atención de enfermedades diarreicas. Rescatar y fortalecer las percepciones y prácticas de los habitantes del Ayllu de Yura acerca de las diarreas, con el objetivo de encontrar su relación con la biomedicina en el tratamiento de diarreas en niños menores de 5 años del municipio de Tomave.
Lic. Zenaida J. Pérez	Primero	Conocimientos y prácticas andinas en torno a las diarreas el caso de Yura	
			Describir y analizar los procesos de continuidad y transformación sobre salud/ enfermedad/atención de médicos kallawayas y médicos tradicionales del municipio de Potosí, a través de la reconstrucción de historias de vida.
Lic. Ingrid Tapia	Primero	Historias de vida de tres médicos tradicionales del departamento de Potosí	
			Indagar los pensares, saberes y haceres de las mujeres que fueron atendidas en el proceso de parto, parto y puerperio en el HDB, con el objeto de : a) implementar un servicio de obstetricia que brinde una atención de calidad y calidez con enfoque intercultural, b) construir una casa de partos.
Arq. Ruth Velasco Garrón	Primero	Rehabilitación del servicio de maternidad del Hospital Daniel Bracamonte con enfoque d género e interculturalidad	
			El proyecto trata de identificar los saberes, sentires y haceres de las familias, parteras y personal biomédico con respecto ala atención del recién nacido(a) en la población de Tinquipaya, a objeto de diseñar protocolos de atención del recién nacido(a), culturalmente adecuados , y desarrollar tareas de capacitación del personal de salud biomédico y de médicos tradicionales.
ARISPE ANAGUA, Sheila Karina	Segundo	Saberes, sentires y haceres con respecto a la atención del(a) recién nacido(a) en el Municipio de Tinquipaya	

			La propuesta pretende conocer las representaciones y prácticas de las mujeres, parteras y médicos tradicionales de la
			comunidad de Yocalla respecto a la toma de muestra del Papanicolaou. a objeto
FAJARDO LÓPEZ, Victoria Gladis	Segundo	Prevención del cáncer cérvico uterino mediante la toma de muestra del Papanicolaou	de proponer estrategias de información, educación, comunicación culturalmente adecuados, y capacitación de parteras sobre la importancia de la toma de muestra de este examen para el diagnóstico de cáncer cérvico uterino en la comunidad de Yocalla.
			La investigación pretende recopilar los conocimientos, actitudes y prácticas ancestrales de curar y sanar del sistema de médicos/sacerdotes <i>Yachaq</i> , <i>aysaq</i> , <i>janpiq</i> y <i>paqu</i> del ayllu Chullpa, identificando las amenazas internas y externas a su
LAURA COLQUE, Fortunato	Segundo	Curar y sanar en el ayllu Chullpa del Norte de Potosí. (Historia de vida de los Yachaq).	permanencia en el ayllu y de esta forma recuperar este conocimiento y fortalecer su presencia.
			El proyecto pretende conocer y describir la visión y el tratamiento que ofrecen los sistemas médicos de la comunidad Yura al problema de la desnutrición en niños menores de 5 años, a objeto de desarrollar estrategias de sensibilización para la población, el personal de salud y los médicos tradicionales sobre la necesidad de articular los sistemas médicos en la prevención y tratamiento de la desnutrición infantil en Yura.
MAMANJ CUIZARA, María Nelly	Segundo	Articulación de los sistemas médicos de la Comunidad Yura en la prevención y tratamiento de la desnutrición en niños menores de 5 años	
			La propuesta busca determinar las enfermedades prevalentes en niños menores de 5 años, desde la percepción de las madres, los médicos tradicionales y el personal de salud biomédico del ayllu Sullkaynari, para rescatar el uso de plantas medicinales en la terapia y prevención de las mismas, a objeto de reducir la morbi-mortalidad infantil a través de la capacitación sobre el uso adecuado de dosis y tratamiento de estas plantas.
ZURITA MORALES, Juana		Saberes y prácticas de la medicina tradicional, biomedicina y de la planta en el tunas de las plantas medicinales para el tratamiento de enfermedades prevalentes del menor de cinco años en el Ayllu Sullkaynari	

Bibliografía

Albo, Xavier

2002 *Iguales aunque diferentes. Hacia unas políticas interculturales y lingüísticas para Bolivia*. Cuarta edición, primera edición 1999, La Paz: Reforma educativa, UNICEF, CIPCA (cuadernos de investigación N° 52).

Balderrama, Jesús.

2002 *Prácticas de discriminación y maltrato en los servicios de salud del hospital Daniel Bracamonte*, Potosí, Willaqkuna.

Bastien, Joseph W.

1996 *La montaña del cóndor. Metáfora y ritual en un ayllu andino*. La Paz: Hisbol

Cooperazione Italiana

2008 **Programa de apoyo al desarrollo del sistema socio-sanitario de Potosí (Bolivia) Fase III - AID 7240. Evaluación, Informe Final. Potosí.**

Cooperazione Italiana

2007 **11 Postgrado en salud Intercultural. Programa de Formación Aplicada 2005-2006. Potosí**

Cooperazione Italiana

2000 *Oficina Intercultural de Atención al Usuario - Willaqkuna*, Potosí, Willaqkuna.

2004 *Informe de actividades*, Potosí, Mimeo.

2003 *Informe de actividades* Potosí, Willaqkuna, Mimeo.

2003 *Reportaje de actividades*, Potosí, Willaqkuna, Mimeo.

2002 *Reportaje de actividades*, Potosí, Willaqkuna, Mimeo.

2000 *Manual de Procedimientos y Funciones*, Potosí, Willaqkuna, Mimeo.

Diagnostico de salud del municipio de Potosí.

2001 *Análisis de la situación de salud del Municipio de Potosí 1999-2000.*

Fernández, Gerardo

2004 (Coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*, Quito, Bolhispania, UCLM, Abya-Yala.

INE,

2004 *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Instituto nacional de Estadística, 2004.

Menéndez, Eduardo

1992 "Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención: caracteres estructurales", en Campos, Roberto (Comp.), *La antropología médica en México*, Vol. 1, México, Antologías Universitarias.

Ministerio de Salud y Deportes

2003

Municipio de Potosí

2005 Estrategia de Salud 2005-2009

Platt, Tristan

1982 *Estado boliviano y ayllu andino*, Lima, Instituto de Estudios Peruanos.

Rocha, Sonia

2002 *Diseño curricular **intercultural** de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Siglo xx*, Potosí, Willaqkuna.

Vásquez, Humberto y otros

1994 *Manual de historia de Bolivia*, Ed. Gisbert y Cia. S.A.

LA EXPERIENCIA DE LA OFICINA INTERCULTURAL

WILLAQKUNA EN EL HOSPITAL

DANIEL BRACAMONTE*

Alessia Zangari

El hospital Daniel Bracamonte se encuentra ubicado en la zona baja de la ciudad de Potosí, donde habita un gran porcentaje de población indígena cuya lengua materna es el quechua. La población atendida es culturalmente heterogénea. Al hospital acuden pacientes de los sectores urbanos populares de Potosí y, también en un alto porcentaje, **de las zonas** indígenas del área rural.

El proyecto de la Oficina Intercultural Willaqqkuna, del programa de la Cooperación Italiana de "Reestructuración del Hospital Daniel Bracamonte y Fortalecimiento del Sistema Local de Salud", nace en el año 2000 como respuesta a la necesidad de favorecer la comunicación y las relaciones entre el personal de salud del hospital y los usuarios de origen indígena. Con ese objetivo, el programa italiano comprendía la modernización de la infraestructura del Hospital (primera fase, 1998-1999) y el mejoramiento **de la gestión** del servicio (segunda fase, 2000-2003), ambos destinados a transformar el aspecto del centro y

hacerlo más compatible con el paisaje y la arquitectura de la ciudad y brindar servicios médicos de calidad y calidez, adecuados a la cultura de los **usuarios**.

Una vez concluidos los trabajos de refacción y de reorganización del Hospital se generó una gran expectativa entre la población, las autoridades municipales, el Ministerio de Salud, el Servicio Departamental de Salud (SEDES), el personal de salud y las autoridades hospitalarias en torno al nuevo modelo de gestión, que colocaría al usuario en el centro de la prestación de servicios y consideraría la percepción de la calidad de estos como los elementos que guíen **la gestión** del renovado Hospital. La Cooperación Italiana, en concertación con la dirección del centro propuso, entonces, un proceso de cambio de la calidad ofrecida por el servicio **sanitario** y el desarrollo de un nuevo modelo de atención y gestión del hospital compatible y coherente con la realidad social y cultural **de la zona**.

* Este artículo **ha sido elaborado a partir de una evaluación del proyecto de la Oficina Intercultural Willaqqkuna realizada en 2005 por Iván Castellón y Juan Carlos Delgadillo**, ambos sociólogos.

¿Qué es la oficina intercultural Willaqkuna?

La Oficina Intercultural Willaqkuna surgió como respuesta a los problemas de "calidad percibida" de la población, particularmente de los grupos originarios y rurales, y como una necesidad de contribuir a mejorar la calidad y eficacia de las acciones de salud. Willagkuna pretendía paliar, en particular, una carencia de la sociedad nacional y del sistema de salud hacia la población originaria del departamento, promoviendo la adecuación de los servicios a la realidad lingüística y cultural de los usuarios, optimizando la comunicación entre los equipos profesionales y los usuarios de los mismos, y respondiendo a exigencias éticas fundamentales: humanizar la atención en salud, respetar los derechos de los pacientes y contribuir a la apertura de un espacio de expresión y difusión de la cultura indígena dentro de las instancias hospitalarias.

Se creó como una instancia organizacional al interior del Hospital Daniel Bracamonte con el objeto de mejorar la orientación, información y comunicación entre usuarios de origen indígena y el personal de salud, de manera que se considerara la identidad lingüística y cultural de las poblaciones indígenas del departamento de Potosí. Resulta frecuente, no sólo en Potosí sino también en otras áreas indígenas del país, que médicos y usuarios hablen idiomas distintos y expresen concepciones del mundo y de la salud distintas, a veces contrapuestas e incluso enfrentadas. Por mucho tiempo este hecho ha evitado que grandes sectores de la población puedan acceder a los servicios hospitalarios, constituyéndose en una barrera que dificulta la relación y la confianza entre la población indígena y el sistema de salud.

La Oficina Intercultural Willagkuna, como su nombre lo indica, era un servicio de orientación, aviso e información para los usuarios ubicada al ingreso del hospital Bracamonte:

...había un nombre que era Atención al Cliente, pero no nos gustaba, entonces hemos empezado a buscar otro nombre, nos hemos reunido y cada uno proponía un nombre, entonces yo he propuesto Willaqkuna que significa informar, avisar, orientar... (Montes, Facilitadora Intercultural, 2004)

Para tal efecto, la oficina contaba con un equipo de facilitadores interculturales que prestaba apoyo a los usuarios del hospital en las diferentes fases: admisión, atención y dimisión.

Los objetivos que el Hospital y la Cooperación Italiana se plantearon al abrir esta Oficina fueron:

- Mejorar la calidad de las acciones de salud del hospital Bracamonte.
- Adecuar los servicios del hospital a las necesidades y a la identidad cultural de la población indígena (por ejemplo, servicio de maternidad, pediatría, emergencia).
- Difundir experiencias y vivencias para sensibilizar y capacitar a los equipos de salud sobre la problemática de la población indígena (sobre sus conceptos y prácticas con relación a la salud y enfermedad; el diseño y la aplicación de un programa de salud intercultural).
- Mejorar la comunicación entre el equipo de salud y los usuarios del Hospital (en la perspectiva de entender y registrar los puntos de vista de los usuarios con respecto al proceso de salud, a la estructura organizativa y a su funcionamiento).
- Contribuir a la difusión de las lenguas y culturas originarias.
- Contribuir a la difusión de conceptos y prácticas de salud indígena entre el personal de salud, a objeto de mejorar el proceso anamnésico y de diagnóstico.
- Desarrollar un sistema de gestión de reclamos para mejorar la calidad de la atención.
- Fortalecer el vínculo entre la institución hospitalaria y las comunidades urbanas y rurales de Potosí.



La Oficina Intercultural Willaqkuna del hospital Daniel Bracamonte y sus facilitadores interculturales

El proceso de creación de la oficina

En los años precedentes a la apertura de la Oficina Intercultural Willaqkuna, el hospital Bracamonte sufría problemas de distinta índole: escasez de recursos económicos y humanos, de infraestructura hospitalaria, de equipo mobiliario, de insumos médicos y de otros materiales necesarios para una atención médica de calidad. A esto sumaban problemas socioculturales, como la discriminación a pacientes de origen indígena y a los distintos sistemas culturales y médicos de la región. No era raro, entonces, encontrar en este Hospital personal de salud que ignoraba las condiciones psicológicas y el universo cultural de los pacientes indígenas. La Cooperación Italiana identificó barreras idiomáticas y culturales

en la relación médico-paciente y escasa información para los familiares sobre los tratamientos y prácticas médicas que recibiría el paciente.

"La percepción que nosotros teníamos con respecto a la atención médica era de falta de adecuación a la realidad cultural de la gente, no existía información clara a los usuarios ni a sus familiares sobre el diagnóstico y su tratamiento. Para nosotros esto era un problema, porque cuando el paciente ingresaba al Hospital no sabía qué tenía y nadie le daba información sobre su enfermedad... los médicos sólo decían: ¡espéreme! Y no solamente era eso, sino también la forma de recibir o el carácter de los médicos que son muy fríos. Para nosotros esto era un problema grande, porque cuando no existe una información y atención adecuada, nuestros usuarios se van disconformes y con dudas..." (Camaqui, Facilitador Intercultural 2004).

Estos hechos se traducían en una percepción de baja calidad de los servicios y en una difundida sensación de desconfianza de los usuarios hacia el Hospital. Por ello, la Cooperación Italiana concibió la organización del Hospital de manera innovadora y experimental, vale decir que priorizó acciones concretas de tipo cualitativo que apuntaran a mejorar la calidad del servicio y la relación con los usuarios. En la práctica, se compartía el reto de crear servicios sanitarios de calidad, abiertos a recibir a pacientes indígenas y a comprender la identidad cultural y médica de estos. Esta convicción llevó a todos los actores involucrados a compartir la necesidad de crear una estructura que cumpliera funciones de orientación, intermediación y traducción lingüística-cultural entre usuarios indígenas y personal de salud.

Basándose en la experiencia de la Oficina Intercultural de Amuldungum, creada en 1993 en Chile en el hospital Regional de la Araucanía de Temuco, siempre con el apoyo de la Cooperación Italiana', un equipo multidisciplinario inició en el año 2000

¹ La Oficina Intercultural en la Araucanía fue muy importante para el vecino país, pues fue un hito histórico que se replicó en hospitales de segundo nivel y consultorios médicos de Chile. Incluso, la idea de la intermediación cultural por personal indígena fue replicada en otras instituciones públicas de Chile, por ejemplo en el Registro Civil. Entonces, fue bastante inspiradora y generó otros proyectos que ahora -aparte de México- son los proyectos en salud intercultural más innovadores de América Latina: el hospital de Maquewe y el proyecto Mapuche.

la organización de la Oficina Intercultural en el hospital Bracamonte, que en sustancia se articuló en tres fases.

La primera fase consistió en el mejoramiento interno del Hospital y la capacitación y sensibilización del personal de salud. Se trabajó con los directores de servicios, médicos, enfermeras y otros para dar a conocer los propósitos de la Oficina Intercultural y despejar dudas e inquietudes.

"Cuando ya se tenía el proyecto en la parte técnica y teórica, se entró en un proceso de sensibilización del personal de salud y de explicación. Se tuvieron reuniones con todo el personal de salud: paramédicos, enfermeros, médicos, explicando cómo es el proyecto y recibiendo sugerencias..." (Calle, ex Director del Hospital, 2004).

Se trabajó en talleres y encuentros donde se enfatizó la relación entre interculturalidad y calidad de los servicios, y como la primera, entendida como acercamiento y articulación entre saberes y prácticas médicas, podría contribuir a lograr una mejoría.

"La aceptación de la propuesta inicialmente fue buena, o sea, había diálogos interesantes, sobre todo cuando se proponía innovaciones al interior del Hospital en el tema de partos, medicina interna, información al paciente, pero, cuando se bajaba de la conceptualización a los procesos internos concretos, obviamente entre los médicos se generaba cierta inquietud, porque los médicos tienen una forma de concebir su relación con el paciente que no es fácil de cambiar en ninguna parte del mundo" (Citarella, antropólogo, 2004).

La segunda fase, de difusión de la iniciativa, se desarrolló con las organizaciones sociales de la ciudad y del campo. Se trabajó con las juntas vecinales, médicos tradicionales, organizaciones indígenas, sindicatos y varias comunidades del Municipio de Potosí (Galeón Pampa, Paranturí, Chaquilla Alta, Irupampa Grande, Quinsa Pujyu, Huari Huari y Azángaro). El propósito de estas acciones consistió en canalizar las demandas, inquietudes, quejas, exigencias y puntos de vista de la población hacia este centro médico para propiciar un cambio profundo.

La tercera fase afrontó el aspecto institucional, local y nacional. La Cooperación Italiana trabajó con la Prefectura, el SEDES, el Gobierno Municipal y el Ministerio de Salud para llegar a una posición de consenso en cuanto al enfoque intercultural en salud y su materialización concreta en la Oficina Intercultural.

Las tres fases constituyeron un periodo intenso, y hasta podría decirse complicado, del programa de la Cooperación Italiana, un espacio de búsqueda de consensos entre diferentes maneras de pensar y concebir la salud: una más abierta y progresista y otra más cerrada y tradicional.

"...de las tres fases, el trabajo más intenso fue en tomo a la generación de un clima adecuado para la introducción de la Oficina Intercultural en el Hospital y evitar conflictos, resistencias, problemas dentro el Hospital, porque estábamos conscientes de que el proceso de apertura de la oficina era para generar cambios estructurales al interior del hospital Bracamonte. Nunca fue ideada sólo como una ventanilla de atención al usuario o de traducción lingüística, si no que fue pensada como una instancia que tenía que producir cambios en la calidad de los servicios. Y ahí sí entramos en temas que podían causar resistencias..." (Citarella, 2004).

En efecto, los conflictos no tardaron en presentarse, más si se toma en cuenta que el periodo de sensibilización no fue lo suficientemente largo y profundo como para superarlos. A pesar de los esfuerzos, y como toda creación inédita o innovadora, la idea de la Oficina Intercultural generó oposición y resistencia del personal médico del Hospital, que la consideraba como "una vuelta al pasado", e incluso como una instancia fiscalizadora y de control externo, subordinada a la Cooperación Italiana.

"...pueden imaginarse las susceptibilidades que hubo en el personal de salud, pese a que se dejó claro sobre lo que no era la Oficina Intercultural. Yo creo que hubo una interpretación errónea, sobre todo porque la Cooperación Italiana estaba impulsando fuertemente esto. Ahí se generaron suspicacias que no fueron expresadas en el proceso de sensibilización, pues los talleres fueron

buenos en términos de diálogo, y no había una oposición frontal y declarada como la que hubo en la inauguración y en los primeros meses de vida de la Oficina..." (Citarella, 2004).

En efecto, la oficina Willagkuna representaba un cambio profundo para el Hospital en su manera de relacionarse con los usuarios y de prestar servicios. Era, sin duda, un elemento nuevo y externo, no previsto en la práctica convencional del sistema biomédico, un elemento también de denuncia y de ejercicio de los derechos de los pacientes, por lo que suscitaba miedos y desconfianza por parte del personal de salud.

Sin embargo, estos obstáculos fueron el motor para seguir empujando el proyecto, mostrando las debilidades del sistema médico y comprobando la necesidad de sensibilizar al personal sobre la importancia de acercarse a la cultura indígena. La Cooperación Italiana diseñó, entonces, una estrategia de trabajo dirigida a la sensibilización y capacitación del personal abordando aspectos de medicina tradicional, parto tradicional, cosmovisión andina, derechos indígenas y otros.

El papel fundamental en este proceso lo desempeñaron los facilitadores interculturales de la Oficina quienes, cotidianamente, mostraban la importancia y la eficacia de la mediación cultural entre médicos y pacientes. Al inicio los facilitadores no gozaban del reconocimiento y de la aceptación del personal de salud como interlocutores válidos, principalmente porque, para ellos, las prácticas y saberes andinos tampoco tenían validez. Con el pasar del tiempo se logró establecer una relación de amistad y confianza que facilitó la comprensión de los propósitos que perseguía la Oficina Intercultural.

Los facilitadores interculturales

¿Quiénes son?

El perfil de los facilitadores interculturales de la Oficina Willaqkuna, tal como el proyecto de la Cooperación Italiana lo había previsto, correspondía a



Doña Paulina Colque, Don Alberto Camaqui y Doña Basilia Montes, Facilitadores Interculturales de la Oficina Willaqkuna

personas de pertenencia cultural originaria formados en el ámbito de la salud. La tarea de estos era apoyar la relación entre usuarios y equipo de salud (médicos, enfermeras, auxiliares y paramédicos), y orientar, informar y coadyuvar para una atención de calidad, sin discriminación ni maltrato.

Los facilitadores fueron seleccionados bajo los siguientes criterios: primero, debían pertenecer a las comunidades indígenas; segundo, hablar quechua y aymara; tercero, conocer el sistema de salud biomédico; y, cuarto, conocer el sistema de salud tradicional o tener experiencia en este ámbito.

En efecto, los tres facilitadores seleccionados provenían del área rural del departamento de Potosí. Antes de llegar a la Oficina Intercultural uno de ellos, Don Alberto, trabajó en el Ministerio de Salud; **la otra**, Doña **Basilia**, en la Iglesia Católica y ONG; y la tercera, Doña Paulina, con organizaciones sindicales y comunitarias. Los tres dominaban las lenguas originarias, eran trilingües español-quechua-aymara, dos eran, además, auxiliares de enfermería con experiencia en la práctica de la medicina tradicional, particularmente en partos. Es significativo, también, que los padres de los tres facilitadores hubieran sido médicos tradicionales, de quienes adquirieron el conocimiento y la sabiduría de esta medicina.

Una vez seleccionados se inició su capacitación a nivel teórico. Se reunían dos o tres veces por **semana** para tratar temas sobre la interculturalidad en



La Oficina Intercultural Willaqkuna

salud, la administración hospitalaria y, particularmente, sobre el funcionamiento de un hospital de tercer nivel. La Cooperación Italiana se hizo cargo, en un inicio, del pago de salarios a los facilitadores, a condición de que posteriormente estos ítems fueran asimilados por el gobierno local; proceso de transferencia de responsabilidades que, como veremos adelante, resultó largo y difícil.

Las funciones de los facilitadores y de la Oficina

Al comienzo el equipo de la Oficina no estaba únicamente conformado por los facilitadores interculturales; un grupo multidisciplinario compuesto por un médico, un antropólogo y un trabajador social acompañaba el desempeño de las diversas funciones de la Oficina, como las que se mencionan a continuación:

Atención, **información y orientación del usuario en el Hospital**

Dentro del Hospital, los facilitadores tenían que cumplir varias funciones: establecer contacto con los usuarios apenas estos llegaban y asistir a los pacien-

tes durante todo su recorrido en el establecimiento de salud. Si los usuarios no hablaban español y no conocían los servicios que ofrecía el Hospital, debían explicar en su propio idioma, tanto al paciente como a su familia, sobre las prestaciones requeridas (consultorio, laboratorio o sala de internación).

El paciente internado era visitado por los facilitadores a objeto de despejar cualquier duda o preocupación y explicarles con detalle sobre la atención que estaban recibiendo, el por qué de ella y en qué consistían ciertos exámenes clínicos, radiografías, ecografías, exámenes especializados, sondajes y otros. Todo esto para obtener una aceptación voluntaria del paciente y un conocimiento por parte de la familia acerca del procedimiento médico.

En caso de pacientes que no habían tenido ninguna experiencia previa en un centro hospitalario, o que no tenían familiares que los acompañen, los facilitadores intervenían acompañándolos y orientándolos, y, sobre todo, mostrándose como personas cercanas, provenientes del mismo universo cultural y social, facilitando así su estadía en el centro.

Además, en caso de pacientes que no tenían los medios para sustentar los gastos médicos, los facilitadores tenían la función de ponerlos en contac-

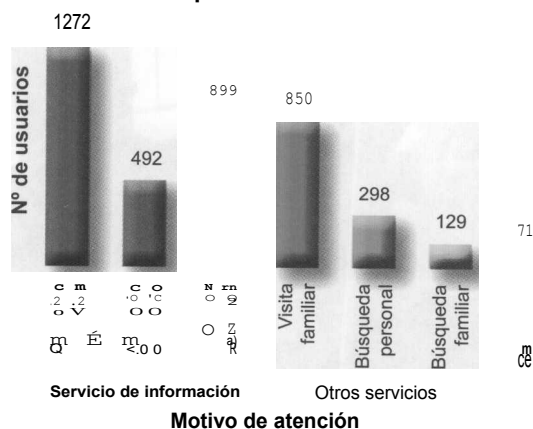
lo con el Fondo de Solidaridad del Hospital para que recibieran apoyo en medicamentos y rebaja de servicios. El Fondo de Solidaridad se creó a la cabeza de la Iglesia Católica y con el apoyo de otras instituciones, como la Prefectura de Potosí, el Gobierno Municipal, el Museo de Santa Teresa y la Cooperación Italiana. Los aportes de estas instituciones permitieron respaldar los gastos para la compra de medicamentos, gracias al trabajo de selección realizado tanto por los facilitadores interculturales como por los trabajadores sociales del mismo Fondo, la iniciativa apoyó a más de 15.000 pacientes de bajos recursos.

... Willaqkuna ha tenido un papel muy importante en informar a la gente sobre la ayuda del Fondo de Solidaridad para casos excepcionales de vida o muerte... y me pregunto ¿Cuándo no había el Fondo, qué hacía la gente que llegaba del campo con 50 pesos, si los medicamentos costaban 300? ahora el Fondo responde a esto, es un gota de agua que calma (Hermana Romualda, 2004)

A objeto de evaluar estas actividades, durante los primeros años la ventanilla de atención de Willaqkuna registró a los usuarios y anotó el tipo de información y orientación requerida. Los datos recolectados muestran un flujo de aproximadamente 4.000 personas por mes, es decir, un promedio diario de 130 personas, de las cuales 64% fueron mujeres. El Gráfico 1 muestra que la mayoría de los usuarios se aproximaron a la ventanilla de Willaqkuna para solicitar información sobre los servicios hospitalarios, las prescripciones médicas, y sobre el empleo y uso de medicamentos, lo que sin duda refleja la utilidad de la Oficina en la prestación de información y orientación a los usuarios del Hospital.

El Gráfico muestra, además, que la atención prestada por los facilitadores se dirigía también a solucionar reclamos, quejas y denuncias, administradas y resueltas por los facilitadores cuando era posible o bien canalizadas hacia las autoridades del Hospital. Uno de los facilitadores recuerda:

Motivo de recepción de usuarios en ventanilla



FUFNTF: COOPERACION ITALIANA, 2004.

La Oficina, en muchos casos, pasó de administradores de quejas a mediadores de conflictos... por tanto, hemos tenido que buscar las soluciones para que los usuarios tengan una atención adecuada. En casos extremos de problemas que no podíamos solucionar, teníamos que acudir a la Dirección del Hospital (Camaqui, Facilitador Intercultural 2004).

Facilitar la relación usuario-equipos de salud

Esta función tenía como objetivo la mediación entre pacientes y personal de salud, no sólo en términos lingüísticos sino también en términos de acercamiento de concepciones, expectativas, prácticas y actitudes distintas.

Al principio los facilitadores no pudieron cumplir con este mandato, porque no eran suficientemente reconocidos o aceptados por el personal de salud como intermediarios para resolver los problemas creados por las barreras culturales existentes entre pacientes y personal sanitario:

"...al principio para nosotros fue difícil introducirnos dentro del Hospital... todos nos veían como extraños, porque éramos personas desconocidas a la institución y nadie nos hablaba ni teníamos importancia para el personal de salud, tampoco había saludos, sólo sentíamos que había una susceptibilidad de parte de ellos..." (Calnaqui, 2009).

Sí, al principio había oposición, porque no teníamos mandil, entonces no nos dejaban entrar en las



Facilitadores interculturales durante su día de trabajo en el hospital Bracamonte

salas, otros nos decían que nosotros deberíamos ser solamente guías o porteros. Pusieron en los pasillos cadenas, en tres lugares, de manera que nosotros nos paráramos allí para no dejar pasar a la gente en hora de visita médica... (Colque, 2009).

El personal de salud no permitía el ingreso de los facilitadores a las salas de consulta e internación, e intentaba reducir su labor a la atención de ventanilla, como informantes y asistentes de los usuarios. Fueron varios los intentos de los mismos facilitadores, de la Cooperación Italiana y de la Dirección del Hospital por cambiar esta situación y lograr la aceptación y la colaboración del personal sanitario con este nuevo servicio.

Los facilitadores asumieron una actitud abierta y amistosa con el personal sanitario a objeto de romper las barreras, y los patrocinadores incentivaron una serie de actividades de aproximación entre el personal de la Oficina Willagkuna y el personal sanitario. Una de esas iniciativas fueron los "coloquios interculturales" con salas y servicios específicos del Hospital (pediatría, ginecología, cirugía, etc.), actividades que apuntaban a presentar la Oficina Intercultural, explicar sus objetivos y características y plantearan problemas específicos de los servicios desde una perspectiva intercultural: comunicación,

información, existencia de protocolos de atención que generaban resistencia o problemas de aceptación dentro de la población. La idea era identificar estos problemas, a través de los coloquios, para poder emprender acciones de mejoramiento de la calidad y adecuación de los servicios. Al principio, los coloquios interculturales no tuvieron una buena participación, tal vez debido al temor del personal sanitario hacia lo que la Oficina representaba: un cambio profundo en la manera de trabajar y relacionarse con el paciente y una brecha cultural al interior del centro biomédico de tercer nivel. Además, detrás de la actitud del personal sanitario se escondía también el temor a ser criticados y observados, y dado el caso de que se registrase un episodio de maltrato y malfuncionamiento, pudieran también ser denunciados a las autoridades sanitarias. Si bien ésa no era una función de los facilitadores, sí lo era el garantizar el ejercicio de los derechos de los usuarios y mediar en los conflictos.

Poco a poco el proceso de acercamiento se fue instaurando y paulatinamente el personal sanitario se fue abriendo hacia las funciones de la Oficina y hacia las actividades de los facilitadores interculturales. Los médicos les permitieron el ingreso a las salas de consultas e internación, de manera que pudieran intermediar y cumplir con sus funciones de mejoramiento de la calidad del servicio. En otras palabras, los facilitadores tuvieron que ganarse un espacio adentro del Hospital. Sólo después de un tiempo lograron cumplir con sus roles de facilitación en la relación médico-paciente, constituyéndose en observadores y críticos de los hábitos de maltrato que se producían adentro de los consultorios.

Con el paso del tiempo, la oficina logró dar vida a un proceso de integración de prácticas terapéuticas tradicionales en el Hospital, como los rituales andinos de curación. Si en un primer momento había un rechazo declarado a la introducción de estos rituales y prácticas médicas, posteriormente, y de manera paulatina, se fue debilitando la resistencia cultural manifestada por el personal médico. De a

poco empezaron a realizarse dentro de las salas de internación rituales curativos que podrían considerarse alternativos y complementarios a la práctica biomédica. Los rituales y prácticas curativas se reducían a la realización de limpias, k'oachadasz, llamadas de ánimo, preparación de mates o emplastos. En general, se trataba de prácticas simples aceptadas por la institución hospitalaria que no trascendían la racionalidad biomédica ni requerían de otros espacios que no fueran los del Hospital.

Otro logro interesante, alcanzado por la Oficina Intercultural, fue haber introducido en el Hospital prácticas interculturales ligadas al parto. En el mundo indígena la salida de la placenta constituye un momento importante, que viene acompañado de prácticas rituales de lavado, interpretación y entierro de la misma. A través del proceso se puede no sólo predecir la fortuna del niño, sino también proteger a la madre del posible daño que la placenta le pueda ocasionar. Es importante para la familia del recién nacido enterrar la placenta, devolverla a la tierra, a la Pachamama. Al inicio del proyecto ésta era considerada una práctica imposible de realizar en el Hospital; sin embargo, gracias a la mediación de los facilitadores interculturales, con el tiempo las parturientas pudieron recuperar la placenta para enterrarla siguiendo sus prácticas rituales tradicionales. Este cambio constituye un resultado destacable, por cuanto demuestra el acercamiento cultural y asegura la confianza de los usuarios de los servicios médicos.

A pesar de estos elementos positivos, la aceptación de la Oficina, de sus funciones y roles siempre fue precaria dentro del Hospital, en particular en lo que se refiere al tema de calidad de servicios, adecuación y mejoramiento donde los médicos percibían una amenaza a prácticas consolidadas de trabajo que no se querían modificar. El rechazo y la desconfianza se mantuvieron a lo largo de la vida de la Oficina dentro del Hospital.

Ayudar a resolver **barreras idiomáticas** y **culturales dentro del Hospital**

El hospital Bracamonte atiende a hispanohablantes y quechuahablantes en la misma proporción. Sin embargo, hasta la creación de la Oficina Intercultural los habitantes rurales e indígenas no habían tenido, dentro de la estructura hospitalaria, la posibilidad de expresarse (o resolver sus dudas) en su idioma materno. El rol de los facilitadores fue fundamental para contribuir a resolver las barreras idiomáticas. Lo reconoce el propio personal de salud:

Yo tengo dificultades para comunicarme con los pacientes campesinos, en especial por el idioma quechua que yo lo conozco pero no lo domino y, cuando no he podido comunicarme, he recurrido a Willaqkuna, ahí me han facilitado para poder entenderle al paciente y hacerme entender lo que he querido decir y lo que hay que hacer (Guerrero, Interno de la Facultad de Medicina 2004).

"en algún momento se ha requerido su participación, sobre todo para que hagan algún trabajo directo con pacientes que necesitamos que se les explique sobre su patología, sobre lo que se pretende hacer con ellos, que accedan al tratamiento que se les ha indicado y que ellos no querían realizar. Para ello se solicitó la ayuda de Willagkuna, para que puedan hacerle comprender al paciente que ese tratamiento que estamos instaurando en su persona es el mejor que se le podía ofrecer como profesionales que protegen su salud " (Caro, 2004).

Gracias a este tipo de intermediación lingüística, las barreras idiomáticas eran menos dramáticas y no generaban desencuentros culturales.

"Para el que viene del área rural, es apoyar lo que hablamos. Digamos el médico sabe puro castellano y el paciente puro quechua, entonces no se entienden y nosotros traducimos el idioma... Los médicos no explican bien, no explican qué tiene y sus parientes quieren saber qué tiene, entonces, nosotros primero hablamos con los médicos y luego les explicamos a los parientes haciéndoles sen-

² K'oachadas, ritual de sanación en el que se invoca la participación de la Pachamama y las deidades del Alaj Pacha (mundo de arriba) en la recuperación del enfermo.



Letreros bilingües castellano-quechua presentes en Bracamonte

tar en la Oficina... Les informamos en quechua, hasta por el micrófono hablamos quechua, a veces doña Paulina sabe dar sus oraciones en quechua" (Montes, 2004).

Con el fin de complementar el trabajo de los facilitadores, la Cooperación **Italiana** incluyó en todos los servicios del hospital letreros bilingües quechua-español, cuya función no se limitaba a la más obvia de orientar a los pacientes quechuahablantes, sino demostraba la vocación del hospital de ser una estructura pública abierta a distintas culturas e idiomas.

Apoyo en **consulta externa**

Esta función se empezó a desarrollar sólo después de que los facilitadores ganaron la confianza y aceptación del personal de salud. En consulta externa y en las visitas médicas a pacientes hospitalizados, los facilitadores intervenían como traductores y mediadores culturales, además de posibilitar una buena relación entre médicos y pacientes, y garantizar que estos últimos entendieran las instrucciones del personal de salud, y velar por el cumplimiento de las prescripciones.

Los facilitadores eran llamados a los consultorios para ayudar a superar los obstáculos creados por las barreras culturales y lingüísticas existentes

entre el personal de salud y los usuarios de origen indígena, y para favorecer una atención de calidad. Por ejemplo, se los llamaba para facilitar la relación con una mujer embarazada que se oponía a quitarse la ropa para ser atendida. El rol de los facilitadores, en este tipo de casos, era clave para solucionar el conflicto cultural y, al mismo tiempo, impedir cualquier tipo de discriminación o maltrato que pudiera ejercerse hacia la paciente.

El apoyo de la Oficina Willaqkuna, en consulta externa, era menor con relación al apoyo brindado en las salas de internación, donde los facilitadores acudían al llamado de los pacientes y no sólo del personal de salud, por lo que su trabajo era más efectivo y se desarrollaba con mayor libertad.

Coordinar **con el personal hospitalario sobre acciones en interculturalidad**

A través de esta función los facilitadores coordinaban con el personal de salud, los sindicatos médicos, los trabajadores y autoridades del hospital Bracamonte para desarrollar actividades en salud intercultural como talleres, coloquios, reuniones, asistencia conjunta a rondas rurales, entre otras, a objeto de reforzar los conceptos y prácticas en salud intercultural dentro del Hospital. Estas actividades buscaban intercambiar puntos de vista, expectativas, solucionar las divergencias y reforzar los acuerdos y, sobre todo, reflexionar sobre temas de calidad, calidez, relación médico-paciente e interculturalidad en salud. Eran también la ocasión precisa para fortalecer la integración de la Oficina al Hospital, es decir, un momento importante de restablecimiento de su misión y visión a través de la construcción de metas y objetivos entre facilitadores interculturales y equipos de salud.

Desafortunadamente, esta función no fue plenamente cumplida debido a la falta de coordinación y de entendimiento entre facilitadores y equipo de salud. Desde la Oficina fueron escasas las acciones en interculturalidad llevadas adelante con el personal hospitalario. Las tareas de definición y de coor-

dinación, manejo de conceptos y prácticas de salud intercultural fueron dificultosas en el ambiente biomédico de un hospital de tercer nivel. El personal sanitario que acudía a estos encuentros era reducido y poco a poco las actividades se fueron abandonando, haciendo vanos los intentos de integración de la Oficina a la estructura hospedante, por lo que sus funciones se fueron reduciendo, poco a poco, a las de atención en ventanilla.

Actividades de terreno

Fuera del Hospital, los facilitadores visitaban comunidades y realizaban las llamadas "rondas rurales", con el fin de cumplir labores educativas y de promoción de los servicios hospitalarios y de la Oficina Willaqkuna, apoyar a organizaciones comunitarias y establecer puentes de comunicación entre la biomedicina y los saberes locales en salud. Las rondas se realizaban con el apoyo de especialistas del Hospital para actividades de consultas y charlas educativas en salud sobre enfermedades diarreicas, tuberculosis, vacunas, desinfección de agua, socialización del seguro básico de salud y sobre los servicios del hospital Bracamonte.

Además de las rondas, los facilitadores participaban en calidad de alumnos en el Postgrado en Salud Intercultural de la Universidad Autónoma Tomás Frías de Potosí, organizado por la Cooperación Italiana, y como docentes de los módulos de farmacopea indígena, epidemiología sociocultural, relación médico-paciente, y otros.

Fortalecimiento de la medicina tradicional

La Oficina Intercultural Willagkuna fue también promotora de reuniones y encuentros entre médicos tradicionales en la ciudad de Potosí y en todo el departamento, con la finalidad de crear una organización regional de medicina tradicional y fortalecer y valorizar sus prácticas y conocimientos.

Ya en el año 2001, la Oficina reunió en talleres a los médicos tradicionales de varias zonas de la región para compartir, socializar y sistematizar saberes:

...primero empezamos... con un poco de su vida, de su historia, de cómo aprendió a ser curandero, y luego se socializaba el conocimiento sobre las enfermedades, los síntomas, cómo podían diagnosticar y cuál era el tratamiento... para socializar el conocimiento de las plantas se hacía una pequeña exposición con las hierbas... pero también estos talleres han servido para compartir conocimientos, sabidurías, lo que uno sabe, entonces el otro le ha fortalecido su conocimiento. Luego desarrollamos también charlas sobre cosmovisión que han sido de mucha importancia... dentro de la cosmovisión veíamos las enfermedades espirituales, por ejemplo el viento, el susto... luego las atenciones de parto, la forma de atender y usar las hierbas, la atención al recién nacido... (Camaqui, 2009)

Estos encuentros iniciales -más o menos organizados y más o menos representativos de toda la región- fueron la génesis de la realización del "I y II Congreso de Médicos Tradicionales de Potosí" y a la conformación de SOBOMETRA Potosí (Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional) antes, y luego del CODEMETROP (Comité Departamental de Médicos Tradicionales de Potosí).

Las oficinas interculturales del departamento de Potosí

La Oficina Intercultural Willaqkuna del hospital Bracamonte tuvo eco en todo el país, su importancia ha sido valorada y reconocida por la misma red de servicios sanitarios del departamento de Potosí. En efecto, algunos municipios del mismo departamento solicitaron a la Cooperación Italiana apoyo para la implementación de oficinas interculturales sobre la base de la Oficina Willagkuna.

Por esta razón, en 2007, la Cooperación Italiana, después de una evaluación de las necesidades de algunas zonas para contar con facilitadores interculturales, decidió apoyar la difusión de esta experiencia en los municipios del departamento que cuentan con hospitales de segundo nivel: Villazón, Tupiza, Uyuni y Llallagua.

Con el apoyo de la Oficina del hospital Bracamonte y de los tres facilitadores interculturales, se realizaron actividades de socialización del proyecto Willagkuna en las comunidades beneficiarias, actividades de capacitación a los facilitadores seleccionados, y por último, y no menos importante, se realizaron convenios entre Municipio, hospital y SEDES para garantizar la apertura de las oficinas interculturales.

Lamentablemente el proceso de creación de las oficinas interculturales como tales no fue posible, sólo se logró incorporar dentro del servicio la figura de los facilitadores interculturales. La disponibilidad, concertación y compromiso de las autoridades municipales para la implementación de estas oficinas no tuvo el seguimiento adecuado, pues tampoco se aprovechó de los recursos humanos formados en el tema.

La sostenibilidad de la Oficina

La importancia de la Oficina Intercultural dentro del hospital Bracamonte, sus logros y sus aportes en el proceso de mejoría de la calidad de los servicios hospitalarios no pudo alcanzar plenamente sus objetivos y encontrar un clima y una predisposición favorables. Muchas de las funciones de la Oficina se fueron abandonando y, a pesar de que nunca perdió su credibilidad dentro del Hospital, no logró ser parte complementaria de él.

La Cooperación Italiana, que se había comprometido a sostener económicamente la iniciativa de la Oficina Intercultural Willagkuna para los primeros años, en 2005 solicitó a las contrapartes involucradas en el proyecto (hospital Bracamonte, Servicio Departamental de Salud de Potosí, Ministerio de Salud) hacerse cargo de los ítems de los facilitadores interculturales y de la gestión de la Oficina en general.

Como en cualquier proyecto de cooperación, ésta es la praxis de transmisión de responsabilidades que conduce a una progresiva apropiación de

las iniciativas por parte de las instituciones beneficiarias y, por ende, a la sostenibilidad de éstas. Lamentablemente, en el caso del proyecto Willagkuna, este proceso fue largo y difícil, el apoyo económico italiano finalizó en 2007, sin tener claro el futuro de la Oficina.

Ante esta situación, la Oficina se cerró por varios meses en 2007, propiciando un cruce de acusaciones y críticas entre los actores institucionales. Si bien todas las instituciones locales y nacionales contrapartes del proyecto reconocían su indudable valor, su rol y aporte en la creación de un nuevo modelo de atención de la salud intercultural e integral, ninguna pudo hacerse cargo de los problemas de tipo normativo y burocrático, que la Cooperación Italiana no había tomado en cuenta.

En efecto, la Dirección del hospital Bracamonte no pudo brindar a los tres trabajadores de la Oficina un ítem, inexistente dentro de la Ley SAFCO de administración y control gubernamental, como es el de facilitador intercultural. Ni el SEDES ni la Cooperación Italiana hicieron las gestiones oportunas para inscribir la figura profesional del facilitador en el grupo de trabajadores dependiente del sistema público de salud e insertarla en su escala salarial. En otras palabras, la figura del facilitador intercultural no existía (ni existe todavía) en la previsión presupuestaria del catálogo de puestos de trabajo del sector público.

Para dar solución al problema, la Dirección del Hospital propuso a los facilitadores ítems de manual de servicios, que estos aceptaron por un breve periodo, ya que se les instaba a cumplir funciones diferentes. La Oficina Willagkuna volvió a cerrar en espera de que el Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad interviniera a su favor. Mientras tanto, el SEDES ofreció a estos trabajadores ítems de auxiliar de enfermería, para seguir trabajando como facilitadores interculturales en el Hospital, hecho que desencadenó la desaprobación del sindicato de los auxiliares de enfermería y de los médicos del Bracamonte, que anticipaban conflictos en el desem-

peño de funciones similares a las de los auxiliares, con turnos y carga de trabajo similares. Esta salida tampoco fue factible ya que uno de los facilitadores, al ser médico tradicional, no tenía título profesional reconocido por el Estado, por tanto no puede beneficiarse de un ítem de cargo público.

Para concluir, la búsqueda de sostenibilidad de la Oficina Intercultural Willagkuna ha sido penosa y ha servido para mostrar, por un lado, los fallos de la cooperación internacional y de las instituciones sanitarias locales que actuaron sin preocuparse de conferir un marco normativo y legal a la iniciativa; y, por otro, las debilidades del Estado que, aunque busque con sus políticas la valorización y fortalecimiento de la medicina tradicional, todavía no da la posibilidad a los médicos tradicionales de ser contratados por el sistema público.

Resultados

Lecciones positivas aprendidas

La Oficina Wil lagkuna del hospital Bracamonte tiene el mérito de haber introducido en una estructura sanitaria de tercer nivel el enfoque intercultural en la atención de la salud de la población, mayoritariamente indígena. Esta iniciativa abrió la reflexión y el camino para el mejoramiento de la calidad de los servicios sanitarios y de su adecuación cultural a la realidad en la cual actúan, a fin de mejorar los indicadores de cobertura de las prestaciones del sistema público de salud y las condiciones de vida de la población. Además, la Oficina tiene el mérito de haber propiciado, ya en el año 2000, -cuando todavía la palabra interculturalidad apenas se mencionaba- actividades de articulación entre sistemas médicos y de inclusión de la medicina tradicional en el sistema biomédico.

Es rescatable también el cambio de actitud logrado en muchos (aunque no en todos) médicos y profesionales del sector salud en general, los cuales, motivados también por las contemporáneas políticas del Gobierno indigenista de Evo Morales, que empe-

zaron a ver con ojo favorable la adopción de un modelo de atención intercultural y a valorar el trabajo coordinado de los facilitadores. El quehacer diario, la presencia constante de los facilitadores y las actividades complementarias de la Cooperación Italiana en el ámbito de la formación del personal médico, hicieron posible la consecución de los propósitos de la Oficina y la transformación del hospital Bracamonte en una institución que ha intentado brindar servicios de calidad culturalmente apropiados.

La resistencia del personal de salud hacia la Oficina y hacia los facilitadores fue menguando en la medida que estos pusieron en práctica estrategias de aproximación hacia el personal de salud más crítico. Por su parte, el personal de salud fue comprendiendo la validez y pertinencia de la oficina intercultural para mejorar su desempeño y la comunicación con los usuarios. Los facilitadores eran buscados por el personal de salud para resolver problemas de intermediación cultural y lingüística.

Es importante recordar, además, que esta iniciativa tuvo un importante eco a nivel nacional e internacional y fue inspiradora para la apertura de otras oficinas interculturales en Bolivia y en América Latina, como la Oficina Intercultural de Salud Indígena del hospital Luís Razzeti de Tupiza, en Venezuela, abierta en 2009 con el fin de mejorar la calidad y la eficacia de las acciones de salud dirigidas a los miembros de la etnia warao. Otro ejemplo es el hospital Dr. Juan Noé C., de Arica, donde se ha implementado la Oficina de Apoyo Intercultural dentro del Programa de Salud y Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud, con especial atención para los pacientes de origen aymara, provenientes de las localidades de la provincia de Parinacota.

Debilidades y aspectos a mejorar

La Oficina Intercultural Willaqkuna ha sufrido de falta de sostenibilidad financiera, técnica y normativa. Hoy trabaja con recursos humanos que no han sido capacitados como facilitadores culturales y que desempeñan funciones de manuales o de auxiliares

de enfermería. Esto se debe a algunas causas fundamentales:

- 1 Ni el hospital Bracamonte ni las instituciones locales y nacionales de salud lograron hacer propia la iniciativa. A pesar de que estas instituciones consideran la Oficina Willaqkuna como una importante experiencia de referencia para la mejora de la calidad de los servicios en términos de atención al paciente indígena, no pudieron apropiarse de ella en términos de herramienta de gestión y transformación del servicio sanitario hospitalario. La misma figura del facilitador intercultural no logró encajar en la estructura del Hospital, por razones administrativas y burocráticas detrás de las cuales se evidencia una clara falta de voluntad política e interés. Esto demuestra que en el fondo estas instituciones, y en primer lugar el hospital, consideraron la experiencia de la oficina Willaqkuna como una iniciativa "de la Cooperación Italiana", una isla dentro del centro sanitario, útil y meritoria (gracias a ella el Hospital ha podido conseguir la acreditación de centro de 3° nivel), pero ligada a la cooperación internacional más que al hospital y a la red de la cual éste forma parte.
- 2 Por otro lado, la Oficina Willagkuna no logró ganarse el espacio necesario, el respeto y el pleno reconocimiento dentro de un centro sanitario de 3° nivel. Los facilitadores interculturales, que eran la esencia y el concepto de la Oficina, no pudieron romper la dura cultura medica hospitalaria, pues probablemente se sentían más próximos al proyecto de la Cooperación Italiana que al centro sanitario.
- 3 Por último, la Cooperación Italiana, que siguió apoyando el proyecto Willagkuna por muchos años, no logró darle sostenibilidad financiera y normativa ni responsabilizar debidamente al hospital haciéndolo sentir "dueño" y beneficiario de los logros del proyecto. En el diseño del proyecto de la Oficina el componente de sostenibilidad fue débil, en el sentido que

no contempló mecanismos de transferencia de responsabilidades a la contraparte ni la creación de un marco legal y normativo en el cual colocar la iniciativa.

- 4 En efecto, como ya se ha mencionado, la Cooperación Italiana no había previsto colaborar con las instituciones sanitarias en el diseño de una dimensión normativa al proyecto Willaqkuna ni responsabilizarlas para que se hicieran cargo del reconocimiento jurídico y legal de la Oficina Willagkuna y de los facilitadores intercultural.
- 5 Durante todos estos años la Oficina Willagkuna y sus representantes trabajaron sin cumplir con un estatuto normativo ni un perfil de roles y actividades claro y compartido entre todos los actores. Este hecho ha permitido que se pudiera interferir en las funciones de la Oficina y de los facilitadores, cambiando indiscriminadamente su naturaleza por otra que no le pertenece, dado que no responde a la Ley SAFCO.

Recomendaciones:

- a) Es importante que las instituciones de salud normen la figura del facilitador intercultural:
 - El Ministerio de Salud, a través del Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, debería definir el perfil, los derechos, las obligaciones y las tareas del facilitador intercultural, y las funciones y objetivos de las oficinas interculturales. Sucesivamente debería insertarse estos perfiles en el marco normativo de la Ley SAFCO;
 - Es importante también que el perfil del facilitador sea distinto al del médico tradicional, al del manual de servicios, al del auxiliar de enfermería; así como necesario pensar en cómo y dónde se formarán estos profesionales en el futuro, a fin de definir también su carrera dentro del sistema sanitario.
- b) Es importante garantizar la sostenibilidad de la Oficina Willagkuna por medio de acciones que involucren al mismo personal sanitario. En otras

palabras, se debería retomar con fuerza y participación aquellas actividades de encuentro y charlas entre el equipo de salud y de la Oficina Willaqkuna que fueron poco a poco abandonándose en los años pasados. De la misma manera, es importante formar y sensibilizar, de forma permanente, al equipo sanitario, especialmente al de enfermería, a fin de contar dentro del centro sanitario con una extensa red de personal de salud que cumpliría, además de sus funciones,

actividades de facilitación, acompañando al paciente en todas las fases de su recorrido terapéutico. Esta red de personal sanitario "facilitador" apoyaría a la Oficina y la ayudaría a cumplir sus funciones de manera más persistente.

- c) El equipo de salud y los facilitadores interculturales deberían trabajar juntos en la definición de un común denominador acerca de interculturalidad, derechos de los usuarios y calidad de servicios en el hospital Daniel Bracamonte.

Resumen del proyecto

TITULO	La Oficina Intercultural Willaqkuna
JUSTIFICACIÓN	El hospital Daniel Bracamonte de Potosi presentaba limitaciones y debilidades en las relaciones con los pacientes y usuarios de origen indígena, tanto por el idioma utilizado (castellano), cuanto por la calidad ofrecida que no reflejaba las expectativas y necesidades culturales y humanas de la población potosina.
OBJETIVO GENERAL	Contar con un modelo de atención intercultural en el hospital Daniel Bracamonte.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	• Mejorar la calidad de las acciones de salud del hospital Bracamonte. • Adecuar los servicios del Hospital a las necesidades y a la identidad cultural de la población indígena (por ejemplo, servicio de maternidad, pediatría, emergencia, etc.). • Difundir experiencias y vivencias para sensibilizar y capacitar a los equipos de salud sobre la problemática de la población indígena (sobre sus conceptos y prácticas en relación con la salud y enfermedad, el diseño y la aplicación de un programa de salud intercultural). • Mejorar la comunicación entre el equipo de salud y los usuarios del Hospital (en la perspectiva de entender y registrar los puntos de vista de los usuarios con respecto al proceso de salud, a la estructura organizativa y a su funcionamiento). • Contribuir a la difusión de las lenguas y culturas originarias. • Contribuir a la difusión de conceptos y prácticas de salud indígena entre el personal de salud, a objeto de mejorar el proceso anamnésico y de diagnóstico. • Desarrollar un sistema de gestión de reclamos para mejorar la calidad de la atención. • Fortalecer el vínculo entre institución hospitalaria y comunidades urbanas y rurales de Potosí.
LUGAR DE INTERVENCIÓN	Departamento de Potosí

	• Informar, orientar y apoyar a los usuarios que acuden al Hospital Daniel Bracamonte.
	• Facilitar la relación de los usuarios con el personal de salud.
	• Apoyar a los pacientes hospitalizados y a los equipos de salud del Hospital a resolver casos donde lo cultural sea relevante para la recuperación de los pacientes.
	• Brindar colaboración a los pacientes en su estadía hospitalaria.
ACCIONES	• Coordinar acciones con los diferentes grupos de profesionales y trabajadores del Hospital para desarrollar acciones en salud intercultural.
	• Participar en el diseño e implementación de actividades, capacitación e investigación acerca de la cultura y medicina tradicional.
	• Desarrollar "rondas rurales" o tareas de información y promoción en salud en barrios peri-urbanos y comunidades indígenas.
	• Llevar un registro de acciones efectuadas y un archivo de documentación correspondiente a la atención en ventanilla.
	• Abrió la reflexión y el camino para el mejoramiento de la calidad de los servicios sanitarios y de su adecuación cultural.
	• Empezó actividades de articulación entre sistemas médicos y de inclusión de la medicina tradicional en el sistema biomédico.
RESULTADOS	• Cambió la actitud del personal sanitario.
	• Cambió la actitud de muchos (aunque no de todos) médicos y profesionales del sector salud.
	• Fue inspiradora para la apertura de otras oficinas interculturales en Bolivia y en América Latina.
	• Falta de apropiación de la iniciativa por parte de las instituciones locales y nacionales: hospital Daniel Bracamonte, Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, SEDES, y Municipios.
	• Falta de sostenibilidad de la iniciativa, porque ninguna de las instituciones involucradas ha trabajado para normalizar la Oficina en términos de roles y funciones y de inscripción de ésta en el marco de la Ley SAFCO.
DEBILIDADES	El personal sanitario fue siempre cerrado hacia la iniciativa y no logró superar los prejuicios y sus posturas ideológicas culturales.
	• La oficina Willagkuna no ha logrado ganarse el espacio necesario, el respeto y el pleno reconocimiento dentro de un centro sanitario de 3° nivel.
	• La Cooperación Italiana, que apoyó el proyecto Willagkuna por muchos años, no logró darle sostenibilidad financiera y normativa ni hacer sentir al Hospital "dueño" y beneficiario de los logros del proyecto.
	• Normar la figura del facilitador intercultural.
	• Llevar delante actividades de formación continua del personal sanitario acerca de temas de interculturalidad y relación médico-paciente.
RECOMENDACIONES	• Relazar encuentros y charlas entre equipo de salud y Oficina Willagkuna, a fin de definir un común denominador acerca de interculturalidad, derechos de los usuarios y calidad de servicios en el hospital Daniel Bracamonte.

EL MODELO DE SALUD INTERCULTURAL DEL MUNICIPIO DE TINGUIPAYA*

Ingrid Tapia, Juan Carlos Delgadillo O.

Introducción

El proyecto: "**Disminución de la mortalidad materna en el municipio de Tinguipaya a través de la implementación de un modelo de salud intercultural**" está considerado **entre las más importantes experiencias de desarrollo del enfoque integral e intercultural en salud**. Implementado entre el 2002 y el 2006 por **la organización no gubernamental italiana Cooperazione Internazionale (COOPI), en coordinación con el Servicio Departamental de Salud de Potosí (SEDES) y el municipio de Tinguipaya, lugar donde se desarrolló la experiencia**. Este Municipio está ubicado al **noreste del departamento de Potosí, en una de las áreas consideradas como las más problemáticas del país a causa de las difíciles condiciones de salud de su población**.

El objetivo principal **del proyecto pretendía fomentar la articulación entre el sistema médico tradicional y el sistema biomédico, a fin de mejorar los indicadores sanitarios del Municipio**. Los ejes en los

cuales se intervino fueron: **capacitación del personal biomédico y tradicional; fortalecimiento de la medicina tradicional; construcción de infraestructura en salud con enfoque intercultural; implementación de un laboratorio para la elaboración de medicamentos a base de plantas medicinales y elaboración de material didáctico sobre embarazo, parto, y puerperio**.

En el presente artículo se describe el proceso de **ideación e implementación de la propuesta de salud intercultural de COOPI, el desarrollo de las actividades y, finalmente, un análisis de sus aciertos y debilidades**. La reflexión que surge de esta experiencia se relaciona con la **sostenibilidad de los proyectos con enfoque intercultural que apuntan a lograr cambios cualitativos en el sistema de salud**.

Contexto general de la experiencia

El municipio de Tinguipaya se encuentra a **aproximadamente 100 kilómetros al norte de la ciudad de Potosí y su extensión es de 1400 km²**. **Sus más de**

* Este artículo ha sido escrito tomando como base la información ya sistematizada por Rosario Pérez y Azucena Fuertes y publicada en el libro *Encuentro de dos: La biomedicina y la medicina tradicional en Tinguipaya*. La Paz: COOPITAL – COOPI. 2007. Este artículo ha sido revisado y completado por Alessia Zangari.

25.000 habitantes son indígenas quechua y viven en comunidades dispersas en el altiplano boliviano, a una altura que oscila entre los 3000 y los 4800 m.s.n.m. La población se divide en 168 comunidades preponderantemente rurales: el 98.5% de las familias viven en comunidades alejadas, mientras que apenas el 1.5% vive en el poblado urbano del Municipio. La población es eminentemente joven, el 43% tiene menos de 14 años.

Tinguipaya se caracteriza por ser uno de los municipios más pobres de Bolivia, ocupando el sitio 306° del ranking municipal sobre un total de 314 municipios, con un índice de Desarrollo Humano de 0,36.

La economía del Municipio se basa en la actividad agrícola destinada a la producción de papa, trigo, maíz, cebada y haba reservada en gran parte al autoconsumo. La producción se realiza a partir de tecnologías ancestrales todavía vigentes, utilizando la labranza manual de la tierra y el arado de palo y yunta, y aprovechando sólo del ciclo pluvial para la producción, mismo que varía de año en año. La sequía ocasionada por el calentamiento global se vuelve cada año un problema más serio. La presencia de fenómenos climáticos adversos (heladas, sequías, granizadas y riadas); la baja productividad de los suelos; las semillas producidas por los mismos agricultores -actualmente degeneradas-, y la falta de agua para el riego son factores que determinan una producción que ni siquiera abastece el autoconsumo y que determina un alto grado de inseguridad alimentaria. Esta inseguridad, acompañada de la falta de saneamiento básico, es la causa principal de desnutrición y de morbilidad entre la población más vulnerable, sobre todo infantil.

A estos factores se suman el aislamiento de la población, las barreras geográficas y las malas condiciones de la limitada red vial que hacen del acceso al sistema público de servicios sanitarios difícil y escaso. Como consecuencia de esta situación, el municipio de Tinguipaya se constituye en una zona de alto riesgo, con índices de morbi-mortalidad entre los más altos de Bolivia y de Latinoamérica, como

lo informa el Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica. Las mujeres en edad fértil y los niños menores de 5 años padecen de las enfermedades típicas de la pobreza, complicaciones en el embarazo, parto y puerperio -las primeras- e infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas, desnutrición y anemia infantil -los segundos-.

La situación **sanitaria** depende, también, de barreras culturales, lingüísticas y económicas que dificultan el acceso de la población a los servicios sanitarios. A pesar de la gratuidad de muchas prestaciones del sistema de salud, existen aún insuperables limitaciones económicas estrechamente ligadas al gasto que implica desplazar toda la familia para acudir al centro de salud o dejar la chacra y los animales por algunos días. Una vez en el servicio sanitario, la población se encuentra con una atención de baja calidad en términos de adecuación cultural y de relaciones humanas, que genera desconfianza, primero, y alejamiento, después.

La mortalidad infantil, antes del inicio del proyecto, era de 234 por mil nacidos vivos, según el siguiente esquema:

Menor de un mes	118	42%
Mayor de un mes	91	31%
Nacido muerto	38	13%
Dos años	25	9%
Tres años	7	2%
Seis años	6	2%
Cuatro años	3	1%
Cinco años	1	0%

FUENTE: COOPI 2006

La mayoría de los partos son atendidos en casa por familiares o médicos tradicionales (parteras), aumentando el riesgo de complicaciones e infecciones. En Tinguipaya, el sistema tradicional tiene gran expresión y representatividad, así como credi-

bilidad. Las familias acuden a los diferentes especialistas de la medicina tradicional como una alternativa terapéutica de primera elección después de la autocuración. De acuerdo al diagnóstico realizado con médicos y parteras tradicionales se visibilizó la presencia de un mayor número de prestadores de salud tradicional por cada uno de medicina occidental. La realidad mostró que por cada auxiliar, médico o enfermera existen 16 personas entre médicos y parteras tradicionales reconocidos por la comunidad.

Los agentes terapéuticos del sistema biomédico, que atienden en 16 establecimientos de salud, no gozan de confianza y estima por parte de la población. Su capacidad instalada y profesional es insuficiente para atender a todas las comunidades en forma regular, sobre todo si se toma en cuenta la extensión del territorio, y menos aún con calidad. Esta forma de atención tiene poca aceptabilidad y es considerada como última alternativa curativa en la comunidad.

A la luz de esta situación, la ONG COOPI propuso como posible solución a los altos índices de morbi-mortalidad -sobre todo materna e infantil- la articulación entre estos sistemas médicos. El componente innovador de la iniciativa de COOPI se basó en el hecho de haber elaborado e implementado, a través de un profundo análisis de la realidad socio sanitaria, un programa sanitario integral e intercultural, es decir, un programa que apuntó a mejorar la salud de la población de Tinguipaya, interviniendo desde diferentes puntos de vista: calidad brindada por el sistema biomédico, capacitación y valorización de la medicina tradicional, articulación con el sistema oficial y adecuación cultural de la infraestructura. En otras palabras, este proyecto puso en práctica la interculturalidad en salud.

La experiencia de COOPI nace en 2002 con financiamiento del Ministerio de Asuntos Exteriores de Italia (MAE), de la Cooperación Italiana y de la Cooperación Descentralizada de la Región Lombardía de Italia, en coordinación con el SEDES Potosí, a objeto de mejorar los indicadores de salud del municipio de Tinguipaya.



Parteras de Tinguipaya © COOPI

Concepción y construcción de la propuesta de salud intercultural en el municipio de Tinguipaya

Inicialmente el proyecto preveía el fortalecimiento de la gestión municipal de salud, la rehabilitación y construcción de infraestructuras sanitarias, y la capacitación del personal. Respecto de la adecuación cultural de servicios y de la articulación de sistemas médicos, se proponía la realización de un estudio socio-sanitario sobre los sistemas de salud locales, con particular atención en la medicina tradicional, su empleo y su papel en el ámbito de los servicios de salud y de la comunidad. Se trataba, entonces, de una actividad de investigación -más que de operatividad- del enfoque intercultural o de fortalecimiento de la medicina tradicional.

Se realizó un diagnóstico para identificar y conocer las prácticas tradicionales del embarazo, del parto y del puerperio en las comunidades del Municipio, entrevistándose a 295 mujeres, representativas de las 6.268, de 15 a 49 años, que habitan en Tinguipaya. A partir de la convivencia con la comunidad y de la coordinación con los médicos tradicionales y con el personal de salud biomédico, el proyecto determinó poner especial énfasis en la articulación entre sistemas médicos y en el fortalecimiento de la medicina tradicional. La experiencia en terreno mostró la amplitud y la importancia del sistema médico tradicional, así como el rol de los agentes terapéuticos y su reconocimiento e integra-

ción. Al mismo tiempo, el trabajo de campo mostró las debilidades técnicas, profesionales, humanas e institucionales del sistema público de salud. La ONG evidenció que el sistema tradicional tenía mucha más representación y valorización entre la población que el sistema biomédico y que, pese a este reconocimiento, el sistema tradicional no se encontraba preparado para enfrentar y solucionar casos difíciles.

Al inicio del trabajo se promovió la convivencia e interrelación entre personal de salud biomédico, médicos tradicionales y comunidad para encaminar la propuesta de un modelo alternativo de salud. Estos espacios de convergencia generaron diálogo y encuentro, reforzados a través de talleres de información y análisis de la interculturalidad en salud, cuyo objetivo era plantear un modelo participativo de salud intercultural municipal.

Un número interesante de médicos tradicionales y personal de salud biomédico participó, por un lapso de seis meses, de encuentros de reflexión -organizados por COOPI y el Municipio- sobre los siguientes ámbitos:

1. Relaciones comunidad - centros de salud.
2. Propuesta intercultural de atención del parto.
3. ¿Cómo tiene que ser nuestro hospital intercultural? (arquitectura intercultural).
4. Herbolaria y medicamentos tradicionales.

El resultado de este primer proceso de reflexión fue la elaboración de un Modelo de Salud Intercultural, basado en la participación comunitaria, con una propuesta de aplicación del enfoque intercultural de naturaleza integral. Este modelo se fundamentó sobre varias estrategias:



El trabajo coordinado entre parteras y personal de salud © COOPI.

La primera estrategia se basó en el fortalecimiento de las prácticas y conocimientos de ambos sistemas médicos. Se concretizó a través de encuentros de intercambio y de capacitación sobre interculturalidad y atención del embarazo, parto y puerperio.

La segunda y la tercera estrategia partieron del diálogo intercultural, es decir del acercamiento entre médicos tradicionales y biomédicos, a objeto de crear una relación de confianza y estima que permitiera realizar un trabajo de articulación y complementariedad. En efecto, la complementariedad en la atención de salud, en términos de referencia y contrareferencia de pacientes de un sistema al otro, puede ser una estrategia efectiva y eficaz para la mejora de las condiciones de salud de la población.

Por último, la estrategia del compromiso, sin la cual el proyecto de COOPI no hubiera podido ser sostenible, duradero y factible. El entendimiento y formalización de los deberes, responsabilidades y roles de las instituciones públicas de salud y de las autoridades locales era imprescindible.

SALUD INTERCULTURAL

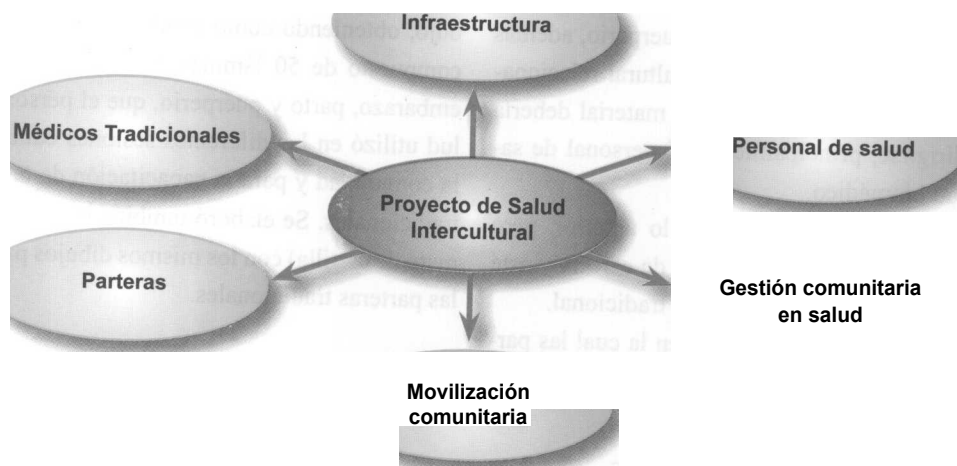
Fortalecimiento y lo		Diálogo		Complementariedad en la	
capacitación al personal		intercultural		atención de salud del sistema	Compromiso
tradicional y biomédico				tradicional y biomédico	
PARTICIPACIÓN COMUNITARIA					

Implementación del proyecto de salud intercultural en el municipio de Tinguipaya (2004 - 2005)

A partir de 2004, una vez concebido el modelo de salud intercultural, se buscó ponerlo en práctica a través de las siguientes actividades:

1. Elaboración de material didáctico sobre embarazo, parto, y puerperio que represente la manera de vivir, de vestir y el quehacer de las mujeres de Tinguipaya.
2. Implementación de un proceso de capacitación del personal de salud: médicos y parteras tradicionales, a través de actividades de monitoreo y evaluación.
3. Capacitación y organización de médicos tradicionales y parteras.
4. Capacitación del personal de salud en atención médica intercultural.
5. Construcción de infraestructura de salud con un enfoque intercultural.
6. Estudio sobre las plantas medicinales del territorio de Tinguipaya y elaboración de medicamentos tradicionales.

Las actividades se distribuyeron de acuerdo al siguiente esquema:



Elaboración del material didáctico

Luego de realizar un análisis de las características del material didáctico que utilizaba el personal médico para la promoción de la salud materna, se evidenciaron serias debilidades. La reproducción de imágenes ajenas a la realidad del lugar y el uso de textos impedía la identificación de las mujeres de Tinguipaya, sobre todo porque las parteras del Municipio no sabían leer ni escribir (el analfabetismo en la población femenina alcanza el 71 %).

Ante tal evidencia se decidió la elaboración de material didáctico de Información, Educación y Comunicación (IEC) sobre salud materna e infantil, propio y validado durante diferentes talleres por las mismas mujeres de Tinguipaya (mujeres en edad fértil y parteras tradicionales), que reflejara su realidad cotidiana, tomando en cuenta su cultura, su vestimenta, sus rituales, su modo de vida, su cosmovisión y sus prácticas terapéuticas. Los materiales de IEC sobre salud materna e infantil, proporcionados a las mujeres indígenas de las áreas rurales quechuas y a la red de servicios de salud, pretendían convertirse en instrumentos capaces de ofrecer a las madres conceptos para prevenir y enfrentar oportunamente los riesgos que se pueden presentar durante el embarazo y, por consiguiente, evitar la mortalidad materno infantil.

El análisis: "camino de la supervivencia", realiza- do por COOPI, justifica de manera exacta y explicati- va la necesidad de ofrecer información didáctica a las madres. Señala que, en el camino de la supervivencia, las mujeres tienen que vencer una serie de obstáculos para llegar al final del proceso permitiendo tener una madre y un recién nacido saludable: el primero, tanto la mujer como su entorno deben reconocer los signos de alarma durante el embarazo; el segundo, la dificul- tad de acceder a un centro de salud por las condicio- nes de accesibilidad geográfica (caminos), transpor- tes (falta de vehículos), y recursos económicos de las familias. En el caso de que se venciera este obstáculo y se llegara oportunamente al centro de salud, exis- tía la posibilidad de que se presentaran problemas en la atención, mala o escasa infraestructura, deficiente equipamiento hospitalario, limitada capacidad resolu- tiva del personal de salud, carencia de recursos hu- manos en general, u otras. Resolver o mejorar estos obstáculos es una tarea compleja, sobre todo para una ONG. Sin embargo, es factible superar el primero a través de programas de IEC para las mujeres, con material didáctico formulado adecuadamente a nivel cultural, lingüístico y comunicativo.

Producto del análisis y reflexión de los obstácu- los se propuso la elaboración del siguiente material didáctico:

- a. Un rotafolio que muestre los riesgos obstétri- cos desde el punto de vista biomédico sobre el embarazo, el parto y el puerperio, además de la epidemiología sociocultural relaciona- da con la maternidad. Este material debería dirigirse, principalmente, al personal de sa- lud biomédico.
- b. Una guía que reproduzca lo anterior, pero que se presente en formato de cartilla y esté dirigida al uso de la partera tradicional.
- c. Una cartilla de referencia en la cual las par- teras registren los embarazos, los partos y las situaciones de riesgo.
- d. **Un manual para capacitación de parteras, dirigido al personal de salud, que reúna téc- nicas aplicadas durante la capacitación en Tinguipaya, además de otras experiencias desarrolladas en el ámbito nacional.**
- e. **Una cartilla de referencia y contrarreferencia para médicos tradicionales.**
- f. **Bípticos para difusión del modelo de salud intercultural y del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI).**

El rotafolio "Mana majlluan unququspa " (Parir sin riesgo). Material didáctico que muestra los peli- gros obstétricos desde el punto de vista biomédico, pero que también toma en cuenta aspectos como el susto, el rayo y el antojo, la placenta pegada (reten- ción de placenta) como riesgos obstétricos dentro la cosmovisión andina, atendidos por la medicina tra- dicional. Los dibujos que contiene este material fue- ron validados por las mujeres de Tinguipaya, quienes contribuyeron con sus conocimientos y experiencias a realizar los diseños. Ellas sugirieron insertar en los dibujos aspectos característicos de la zona quechua, por ejemplo el *ch'ulo'* en la cabeza del recién naci- do, la pañoleta en la cabeza de la mujer durante el parto, las diferentes posiciones de parto (de cuclillas, de rodillas, recostadas, etc.), y solicitaron que ningún dibujo muestre las partes íntimas de la mujer.

Se añadieron elementos particulares en cada di- bujo, obteniendo como resultado final un rotafolio compuesto de 50 láminas dividido en tres partes: embarazo, parto y puerperio, que el personal de sa- lud utilizó en las diferentes sesiones educativas de la comunidad y para la capacitación de las parteras tradicionales. Se elaboró también una guía (en for- mato de cartilla) con los mismos dibujos para uso de las parteras tradicionales.

La cartilla de referencia. Utilizada por la partera para registrar embarazos, partos y situaciones de

¹ Gorro de lana tejido a mano por el papá.

riesgo. Estas últimas identificadas con los colores de la bandera boliviana: rojo, amarillo y verde. El rojo significa mucho peligro y sugiere atención inmediata en el puesto de salud; el amarillo los riesgos que pueden ser solucionados por la partera; y, el verde, normalidad o poco riesgo. La cartilla pretende que los riesgos mayores, aquellos que comprometan la vida de la madre o del niño, sean remitidos inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

La guía de capacitación de parteras (Aprender a Enseñar, Enseñar Aprendiendo). Manual de capacitación dirigido al personal de salud. Cada una de las técnicas desarrolladas consideró el contexto sociocultural, a través del intercambio de conocimientos entre biomédicos y parteras tradicionales. La aplicación de este material fue complementada con procesos de capacitación, primero del personal de salud: médicos, enfermeras y auxiliares; y luego de las parteras y de los médicos tradicionales.

La cartilla de referencia **de los médicos tradicionales**. Producto de un proceso participativo y en función a la epidemiología sociocultural existente, en esta cartilla se identifican las enfermedades más comunes, que pueden ser tratadas por ambos sistemas médicos. Se establecen, también, aquellas enfermedades que no pueden ser atendidas por los médicos tradicionales y que deben ser transferidas a los establecimientos de salud. Las características de reconocimiento del riesgo son similares a las descritas en la cartilla de las parteras.

Una vez elaborados los materiales, se capacitó en su manejo a 26 médicos tradicionales y 102 parteras. Su objetivo principal era contar con instrumentos que, por una parte, coadyuven en la identificación oportuna de riesgos obstétricos y, por la otra, contribuyan a la objetivización de la complementariedad entre ambos sistemas médicos, a partir del registro de referencias y retornos entre terapeutas.

El éxito de este material educativo trascendió el municipio de Tinguipaya al ser institucionalizado por el SEDES Potosí, que a través de una Resolución Administrativa lo socializó y distribuyó a centros y puestos de salud del área rural y a ONG que trabajaban la temática de salud materna, con la finalidad de unificar la metodología de capacitación de las parteras.

Capacitación de las parteras tradicionales

Una vez producido y validado el material didáctico con la comunidad, y con el propósito de valorar y aprovechar adecuadamente los recursos humanos del sistema tradicional, COOPI, en coordinación con los establecimientos de salud del Municipio, llevó adelante capacitaciones a las parteras sobre temas relacionados con el reconocimiento de las señales de peligro en las etapas del embarazo, parto y puerperio y con el parto limpio. La finalidad de esa formación fue fortalecer el conocimiento de las parteras tradicionales sobre atención materna y neonatal, de manera que puedan atender, hasta donde su capacidad curativa lo permita, en casos de complicaciones.

La capacitación estuvo acompañada de la elaboración del "Manual de capacitación a parteras" destinado al personal de salud y a todos aquellos interesados en trabajar con ellas. En él se desarrollaron contenidos sobre anatomía y fisiología, control prenatal, señales de peligro en el embarazo, funciones



de las parteras en el control prenatal, atención del parto humanizado, atención del parto limpio, importancia de la higiene en la atención y señales de peli-

gro en la atención del parto. Estos contenidos fueron desarrollados en un total de 30 sesiones educativas correspondientes a los siguientes módulos:

Módulo	Objetivo	Técnica	Obj. de la técnica
1. Anatomía y fisiología	Que las parteras identifiquen los distintos órganos del abdomen, el aparato reproductor femenino y reconozcan la fisiología de la menstruación.	1. Conociendo nuestro cuerpo	Reconocer los diferentes órganos del abdomen y la ubicación de los órganos del sistema reproductor femenino.
		2. Así es el cuerpo de las mujeres	Identificar las diferentes partes de la anatomía y fisiología femenina y la relación que existe entre las mismas.
		3. La menstruación	Identificar la cosmovisión andina de la menstruación y su relación con la fertilidad.
		4. El embarazo	Rescatar saberes de l@s parter@s respecto al embarazo. Reconocer los cambios físicos y fisiológicos que ocurren en el organismo.
2. Control prenatal	Que las parteras reconozcan la importancia del control prenatal e identifiquen los signos de alarma durante el embarazo para transferir a la parturienta a un establecimiento de salud.	5. Juego de naipes y analogía	Identificar los cambios físicos y fisiológicos de la mujer embarazada.
		6. Sociodrama del control prenatal	Identificar las prácticas desarrolladas por las parteras durante el embarazo. Fortalecer prácticas positivas y ayudar a reconocer las prácticas negativas.
		7. Rotafolio	Reconocer la importancia del control prenatal.
		8. Demostración del control prenatal biomédico	Explicar a las parteras las actividades desarrolladas durante el control prenatal
		9. Rotafolio cuidados del embarazo	Identificar los cuidados durante el embarazo.
		10. Lluvia de ideas	Identificar el grado de conocimiento y reconocimiento de las señales de peligro en el embarazo.
		11. Rotafolio	Identificar las señales de peligro existentes durante el embarazo. Reconocer la importancia de la referencia y la información.
		12. Demostración de la hemorragia	Reconocer que la hemorragia es un problema urgente que requiere de decisiones inmediatas.
		13. Demostración de la preeclampsia	Identificar que el edema es un signo grave de complicación durante el embarazo y que puede curarse si se atiende oportunamente.
		14. Demostración de la ruptura prematura de membranas	Identificar que puede haber complicaciones para la madre y para el recién nacido si se rompe la bolsa antes de tiempo.
3. Señales de peligro en el embarazo	Que las parteras identifiquen y reconozcan las señales de peligro durante el embarazo.	15. Juntando nuestras manos podemos saber si tenemos anemia	Identificar la anemia como un signo de debilidad y señal de alarma.
		16. Reconociendo el riesgo obstétrico andino	Identificar otras señales de riesgo que corresponden a la clasificación de riesgo obstétrico andino.
		17. Resaltando prácticas positivas	Rescatar las prácticas positivas desarrolladas durante el embarazo, identificar prácticas negativas.
		18. Discutiendo las complicaciones en el embarazo	Funciones de la parteras en el control prenatal.
		19. Uso de la cartilla de vigilancia para referencia	Enseñar el manejo y uso de la cartilla de vigilancia epidemiológica

		20. El parto tradicional	Valorar la atención del parto tradicional
		21. Preparación de la atención del parto	Identificar los pasos necesarios y el material para la atención de un parto limpio.
4	Que las parteras reconozcan la importancia de la atención de un parto limpio e identifiquen los signos de alarma durante el parto.	22. Demostración del lavado de manos	Reconocer la importancia del lavado de manos.
Atención del parto humanizado		23. Preparando el lugar del parto	Reconocer la importancia de preparar el ambiente para la atención del parto
		24. Atención del parto limpio	Practicar las acciones básicas para atender un parto limpio.
		25. Atención del alumbramiento	Identificar el tiempo de espera y los cuidados a realizar durante el alumbramiento.
		26. Las señales de peligro en el parto	Identificar las señales de peligro en el parto.
5	Que las parteras reconozcan las señales de peligro en la atención del parto, puerperio y la importancia de la referencia oportuna.	27. Cuidados y complicaciones en el puerperio	Identificar las acciones a desarrollar en el puerperio normal y reconocer las señales de peligro en el puerperio.
Señales de peligro en la atención del parto		28. Elaborar un plan de emergencia	Diseñar un plan de emergencia para la atención inmediata de las emergencias del parto y posparto.
	Que las parteras identifiquen las acciones a realizarse		
6.	en la atención del recién nacido y las preocupaciones que se deben tener en la atención al niño.	29. Demostración de la atención al recién nacido	Identificar las acciones para la atención del recién nacido.
La atención del recién nacido			
7.	Identificar las demoras que afectan la salud de la madre los recién nacidos.	30. Las tres demoras que causan la mortalidad materno-infantil	Identificar las demoras que afectan la salud de la madre y los recién nacidos.
El camino de la supervivencia			

FUENTE: ENCUENTRO DE DOS. LA IIJOMEDICINA Y LA MEDICINA TRADICIONAL EN TINGUIPAYA

Las capacitaciones se llevaron a cabo por el personal de salud en los diferentes puestos de salud de Tinguipaya, donde participaron 107 parteras tradicionales provenientes de 77 comunidades.



Los encuentros de Inter-aprendizaje © COOPI.

Una vez concluido el proceso de capacitación -y con la finalidad de que se apliquen los nuevos conocimientos y prácticas- COOPI entregó a cada partera un maletín de parto para que actúe de forma oportuna y con criterios de higiene. El *kit* contenía un manual de aprendizaje, cuyas imágenes brindaban, a la partera, pautas para la atención oportuna de la mujer gestante; una cartilla de referencia; material para el lavado de manos (cortauñas, jabonera, jaboncillo, cepillo, toalla pequeña y un frasco de alcohol glicerinado); un antiséptico para la limpieza del cordón umbilical. El material básico fue complementado con un paquete de parto, a utilizarse en el momento de la atención del parto y posteriormente entregado a la madre, el mismo incluía: un paño para limpiar al recién nacido, otro paño grande para abrigarlo, gasas para proteger el cordón umbilical, una

hoja de gillette para cortar el cordón y un frasco en caso de que la madre desee guardar la *k'analla* limpia -evitando de esa manera transgredir la cultura del corte del cordón umbilical utilizando metal, pero enseñándoles que pueden hervir la *k'analla* y guardarla limpia para cuando se requiera de su uso-

El personal de todos los establecimientos de salud del Municipio dispone de este mismo paquete, que es entregado a las mujeres cuando dan a luz. La sostenibilidad para la provisión de estos fue asumida por el Municipio, a través de su incorporación en el Plan operativo Anual (POA) 2006, que continúa vigente.

Los procesos de capacitación y los diferentes encuentros permitieron establecer una interacción fluida entre parteras y personal de salud. Las parteras asumieron la importancia de trasladar a las mujeres a los centros de salud en caso de que éstas presenten síntomas de peligro durante el embarazo, parto o puerperio. Incluso se dieron situaciones en que las parteras acompañaron hasta el puesto de salud a las mujeres que presentaban complicaciones, propiciando de esta manera una atención oportuna; y en algunos casos fueron ellas quienes atendieron partos junto al personal de salud, logrando la articulación entre la medicina tradicional y la biomedicina. Otro aspecto positivo fue que el SEDES logró institucionalizar este proceso, transfiriendo la metodología de capacitación, el uso de materiales educativos y el seguimiento a las parteras tradicionales a las diferentes instituciones que trabajan con la temática de salud materna en el departamento de Potosí.

Capacitación a los médicos tradicionales

En el proceso de implementación del enfoque intercultural en la atención de la salud en el muni-

cipio de Tinguipaya, se generaron espacios de intercambio entre el personal de salud y los médicos tradicionales. El objetivo de estos encuentros era generar diálogo, confrontación e intercambio de experiencias y conocimientos sobre los procesos de atención de la salud y de la enfermedad. Los biomédicos explicaron la importancia de enviar a los pacientes oportunamente al puesto de salud, así como de las situaciones en las cuales era necesaria su intervención, sin subestimar al médico tradicional. Por su parte, los médicos tradicionales aceptaron sus limitaciones e insistieron en una mejor atención para la gente de sus comunidades, que denunciaba maltrato, discriminación y rechazo. El argumento utilizado por COOPI para explicar este trabajo con médicos tradicionales fue:

[que] si bien ambos sistemas médicos se esfuerzan independientemente por mejorar las condiciones de salud de la población de Tinguipaya, este esfuerzo aislado no contribuye de manera efectiva a disminuir la mortalidad materno-infantil del Municipio, por lo tanto es fundamental generar espacios para el ejercicio de una salud intercultural, para que ambos agentes "médico tradicional y biomédico" resuelvan los problemas de salud y enfermedad conjuntamente (Pérez y Fuertes, 2007: 77-80).

La participación de los médicos tradicionales fue respaldada con documentación extendida por las autoridades originarias, quienes validaron su autenticidad. En este proceso de auto reconocimiento, los médicos tradicionales identificaron la necesidad de recibir formación sobre algunos temas identificados por ellos mismos. La capacitación a médicos tradicionales desarrolló los siguientes módulos:

Módulo	Objetivo	Técnica
1. Anatomía y fisiología	Que los médicos tradicionales identifiquen los distintos órganos del abdomen, el aparato reproductor masculino y femenino.	- Conociendo nuestro cuerpo
		- Así es el cuerpo de las mujeres
		- Así es el cuerpo de los hombres
2. El cuerpo y las enfermedades	Que los médicos tradicionales reconozcan la anatomía del cuerpo humano y las enfermedades asociadas a los órganos de cada región.	- La cabeza y el torax
		- El abdomen (<i>wisa nanay</i>) y sus enfermedades.
		- La espalda (<i>wasá nanay</i>) y sus enfermedades
3. Nuestras formas de curar	Fortalecer los conocimientos y prácticas culturalmente propias en torno al proceso de salud-enfermedad de los médicos tradicionales y parteras para que brinden mejor atención a sus pacientes.	- Encuentros de interaprendizaje
4. Creando espacios de salud intercultural	Fortalecer el sistema de salud tradicional, buscar lineamientos de articulación y complementariedad de la medicina tradicional y biomédica para brindar prestaciones de servicios de salud interculturales a la población del municipio de Tinguipaya.	- Encuentros de interaprendizaje
5. Cáncer cérvico uterino y toma del examen Papanicolau (PAP)	Que los médicos tradicionales reconozcan cáncer de útero en la mujer y el procedimiento de Papanicolau para su detección oportuna.	- El cáncer cérvico uterino o cáncer de útero
		- El examen de Papanicolau
6. Enfermedades respiratorias agudas	Que los médicos tradicionales reconozcan los signos y síntomas de las infecciones respiratorias graves para promover la referencia y contrarreferencia.	- Las infecciones respiratorias agudas (IRAs)
7. Las infecciones de transmisión sexual (ITS)	Que los médicos tradicionales reconozcan las causas y manifestaciones de las ITS.	- Las infecciones de transmisión sexual, formas de contagio y tratamiento
8. Planificación familiar	Que los médicos tradicionales conozcan la existencia de métodos de planificación familiar.	- Métodos temporales
		- Métodos definitivos
		El embarazo
9. Control prenatal	Que los médicos tradicionales reconozcan la importancia del control prenatal e identifiquen los signos de alarma durante el embarazo para referir a la parturienta a un establecimiento de salud.	Juego de naipes y analogía
		- Sociodrama del control prenatal
		- Rotafolio
		- Demostración del control prenatal biomédico
		Rotafolio cuidados del embarazo

		- Lluvia de ideas
		- Rotafolio
		- Demostración de la hemorragia
		- Demostración de la preeclampsia
		- Demostración de la ruptura prematura de membranas
10.	Que los médicos tradicionales identifiquen y reconozcan las señales de peligro durante el embarazo.	- Juntando nuestras manos podemos saber si tenemos anemia
Señales de peligro en el embarazo		- Reconociendo el riesgo obstétrico andino
		- Resaltando prácticas positivas
		Discutiendo las complicaciones en el embarazo
		Uso de la cartilla de vigilancia para referencia
		- El parto tradicional
		Preparación de la atención del parto
11.	Que los médicos tradicionales reconozcan la importancia de la atención de un parto limpio e identifiquen los signos de alarma durante el parto.	- Demostración del lavado de manos
Atención del parto humanizado		- Preparando el lugar del parto
		- Atención del parto limpio
		- Atención del alumbramiento
		- Las señales de peligro en el parto
	Que los médicos tradicionales reconozcan las señales de peligro en la atención del parto, puerperio y la importancia de la referencia oportuna.	
12.		- Cuidados y complicaciones en el puerperio
Señales de peligro en la atención del parto		Elaborar un plan de emergencia
	Que los médicos tradicionales identifiquen las acciones a realizarse en la atención del recién nacido y las preocupaciones que se deben tener en la atención del niño.	
13.		- Demostración de la atención al recién nacido
La atención del recién nacido		
15.	Identificar las demoras que afectan la salud de la madre y del recién nacido.	- Las tres demoras que causan la mortalidad materno infantil
El camino de la supervivencia		
15.	Que los médicos tradicionales manejen correctamente el sistema de vigilancia epidemiológica.	- Cartilla de vigilancia epidemiológica dentro la medicina tradicional
Sistema de vigilancia epidemiológica		- Listado de plantas medicinales
	Identificar las plantas medicinales utilizadas por los médicos tradicionales de Tinguipaya.	- Recolección de plantas medicinales
16.		- Explicación de las propiedades terapéuticas y usos de cada planta medicinal
Identificación de plantas medicinales		

FUENTE: ENCUENTRO DE DOS: LA BIOMEDICINA Y LA MEDICINA TRADICIONAL EN TINGUIPAYA

Después de diversos encuentros, los agentes de la medicina tradicional y de la biomedicina reconocieron sus propias limitaciones y fortalezas, y con-

tribuyeron a la creación de espacios conjuntos de intervención para una mejor salud. Entre los resultados más importantes se tienen: a) el conocimiento mu-

tuo; b) el respeto a la forma de curación tanto de los médicos tradicionales como de los biomédicos; c) la comprensión, de los médicos tradicionales, de procedimientos academicistas (por ejemplo: quirúrgicos); y e) la recolección, descripción y uso de las plantas medicinales en el tratamiento de diferentes enfermedades atendidas por los médicos tradicionales.

La fase siguiente a la capacitación comprendió tres módulos orientados a la organización de los médicos tradicionales y su intervención en los puestos de salud:

Como producto de estos esfuerzos se conformó el Consejo de Médicos Tradicionales del Municipio de Tinguipaya (COMETRAT), que cuenta con estatutos, reglamentos y personería jurídica. Además de estos avances, y como respuesta a las demandas manifestadas por los mismos médicos tradicionales, COOPI apoyó la acreditación de sus miembros a través de varias instancias: primero por la alcaldía de Tinguipaya, luego por el SEDES Potosí y, finalmente, por el Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad. En el proceso de acreditación se solicitaron dos requisitos: la certificación por parte de las auto-

ridades de la comunidad -validando su desempeño como médicos- y la asistencia a los talleres de médicos tradicionales. Se acreditó a un total de 24 médicos tradicionales y 67 parteras y parteros.

Estudio de plantas medicinales y laboratorio artesanal

El proyecto de COOPI realizó -con el apoyo y la sabiduría de los médicos tradicionales expertos en plantas medicinales- una investigación sobre el variado mundo de la herbolaria de Tinguipaya. En efecto, el Municipio posee una flora medicinal amplia y variada utilizada ancestralmente para prevenir y tratar enfermedades de diversos tipos. La investigación se inició con la recopilación de información sobre las plantas medicinales existentes en el Municipio, posteriormente se procedió a la construcción y equipamiento, en el área del hospital Intercultural de Tinguipaya, de un laboratorio artesanal para la elaboración de medicamentos a base de hierbas. Para este propósito se contrató la consultoría del Dr. Avidan Valencia, de Laboratorios Valencia de Cochabamba, quien participó en Tinguipaya, junto a

Módulo	Objetivo
1. Organización	- Organizar a los médicos tradicionales de Tinguipaya para su reconocimiento jurídico dentro la legislación boliviana.
	Crear el Consejo de Médicos Tradicionales de Tinguipaya (COMETRAT).
	Elegir la mesa directiva.
	Aprobar reglamentos y estatutos para regir el funcionamiento del Consejo de Médicos Tradicionales del Municipio de Tinguipaya.
	Realizar la acreditación de los médicos y parteras tradicionales de Tinguipaya.
2. Acreditación	- Extenderles un credencial reconocida por el Viceministerio de Salud Intercultural y la Dirección Nacional de Medicina Tradicional.
	Analizar la importancia de la medicina tradicional dentro el hospital de Tinguipaya.
3. Su intervención en el hospital intercultural de Tinguipaya	Consensuar la forma de trabajo de médicos tradicionales y parteras para su articulación con los servicios de salud.
	- Establecer la renumeración o incentivo de trabajo a médicos tradicionales y parteras.
	- Organizar el rol de turnos de médicos tradicionales en el hospital.
	- Capacitar en la elaboración de medicamentos en el laboratorio de Tinguipaya.



Encuentros de médicos tradicionales del municipio de Tinguipaya © COOPI

los médicos tradicionales, del proceso de selección de plantas medicinales, determinación de las dosificaciones, de los principios de las plantas y preparación de medicamentos. Los medicamentos se elaboraron como respuesta a las patologías identificadas como más frecuentes por los médicos tradicionales; el producto final fue la fabricación de cinco productos herbolarios totalmente naturales.

Una dificultad en este proceso fue la inexistencia de normas y procedimientos reglamentados por el Estado boliviano para la autorización de funcionamiento de un laboratorio artesanal y la correspondiente certificación de sus productos.

Construcción de infraestructura con enfoque intercultural

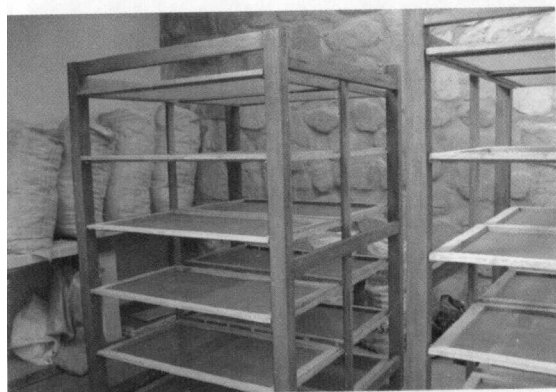
Otro componente del proyecto de COOPI fue la construcción de infraestructura sanitaria, entendida

como adecuación cultural, ambiental y social de la arquitectura y fundamental en la implementación del modelo de salud integral e intercultural, así como en la ruptura de las barreras culturales que limita la capacidad de cobertura del sistema sanitario.

Una primera experiencia se tradujo en la construcción del Centro de Salud Nuestra Señora de Belén, ubicado en el área de mayor concentración urbana de Tinguipaya. Posteriormente, se iniciaron trabajos simultáneos en otros seis puestos de salud de la red municipal, ubicados en las comunidades de Tuysuri, Salto Punta, Jahucaya, Actara, Anthura y Sihuayu.

En la etapa de diagnóstico, realizado a través de las técnicas de observación y de entrevistas, se detectaron barreras arquitectónicas culturales que limitaban la accesibilidad para la atención de la salud. Con las intervenciones realizadas a partir del desarrollo del proyecto, se pretendía eliminar éstas y brindar espacios físicos donde diversos usuarios, con diferentes percepciones culturales u otra cosmovisión (personal biomédico, prestadores de servicio de la medicina tradicional, pacientes, familiares, etc.), pudieran sentirse cómodos al desarrollar sus actividades, permitiendo una mayor accesibilidad hacia los servicios de salud.

La inadecuada infraestructura de los servicios de salud coadyuvó ingratamente a la dificultad de reducir las altas tasas de mortalidad materna, principal impulso de este proyecto. De acuerdo a la normativa



Secadero del laboratorio artesanal © COOPI



Molino del laboratorio artesanal © COOPI



Médicos tradicionales y expertos aprendiendo juntos © COOPI.



Los productos naturales de herbolaria de Tinguipaya © COOPI.

general oficial, las salas de parto fueron concebidas de manera homogénea en todo el país, sin tomar en cuenta la diversidad cultural de las mujeres que asisten a los establecimientos de salud, y prevaleciendo las necesidades del sector biomédico. Cabe señalar que en el sistema tradicional la parturienta es protagonista del proceso, por lo que es prioritario satisfacer sus necesidades de calidad y calidez del ambiente para lograr un parto exitoso.

Ante este panorama, a la hora de realizar el diseño arquitectónico del centro de salud, COOPI, los médicos tradicionales y las parteras efectuaron análisis e investigaciones acerca de las expectativas y requerimientos de las mujeres de Tinguipaya. Como resultado se presentó una propuesta arquitectónica participativa e integral, donde ambos enfoques -tradicional y biomédico- se equilibran. En efecto, se estructuró el diseño en función a patios centrales en el área de internación y a espacios cerrados en el área de consulta externa. Espacios con similar jerarquía fueron destinados a las actividades de la medicina tradicional y de la medicina occidental. Fruto de ello se cuenta con dos salas de parto, una donde la mujer puede permanecer desde el momento de su internación hasta obtener su alta médica, y la otra donde sólo desarrollará el trabajo de parto respetando su derecho a elegir la posición deseada. Asimismo, hay un ambiente destinado a la preparación de medicinas tradicionales y un espacio para una farmacia mixta.

Los familiares que acompañan a los usuarios cuentan también con espacios destinados para su descanso (dormitorio) y preparación de alimentos (cocina). No se descuidó la normativa para la eliminación de desechos orgánicos, diseñándose un área específica para su tratamiento, evitando la contaminación del medio ambiente. Además, se tomó en cuenta, y con todo detalle, la ubicación y el tamaño de las ventanas, de modo que se cree un ambiente que brinde mayor intimidad y confianza a los usuarios, siguiendo sus costumbres y su cultura; lo mismo ocurrió con la ubicación de puertas y la orientación para su apertura, pensada en función a los parámetros señalados.

El pintado de paredes se realizó con tonos cálidos y naturales, evitándose el blanco -color temido en la cultura andina-. Las paredes incluyeron motivos florales típicos del arte de Tinguipaya, simi-

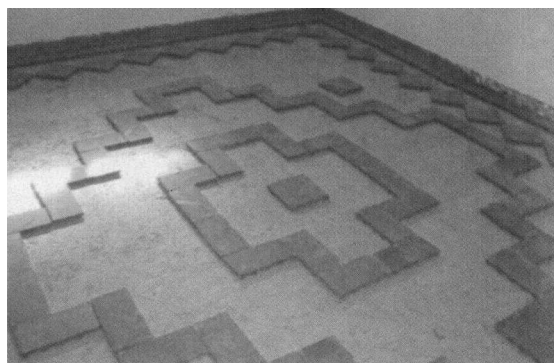


La obra del centro de salud Nuestra Señora de Belén © COOPI.



Los colores y los dibujos del centro de salud © COOPI.

a



El piso en forma de cruz andina © COOPI.

lar al que las mujeres reproducen en sus faldas. El objetivo fue crear un ambiente propicio en el que la población se sintiera cómoda y acogida.

El enfoque integral del proyecto permitió una articulación entre los prestadores de servicios de salud tradicional y los del sistema biomédico de las diferentes comunidades. Si bien en el Centro de Salud de Tinguipaya se contaba con infraestructura adecuada para iniciar un trabajo coordinado, médicos tradicionales, parteras y personal biomédico de los demás establecimientos de salud se encontraban en desventaja. Por ello, y dado que las autoridades municipales habían tomado la decisión de adoptar el nuevo modelo de atención en salud, se firmó un acuerdo para que COOPI, conjuntamente la alcaldía de Tinguipaya, asuman la tarea de adecuar culturalmente seis de los 10 establecimientos que conforman la red municipal de salud: Anthura, Sihuyo, Salto Punta, Actara, Jahuacaya y Tuysuri.

Concluida la adecuación cultural de las seis infraestructuras de salud que comprendía el proyecto, se pudo verificar que todas contaban con una sala de parto tradicional, un ambiente para el médico tradicional, un consultorio occidental, una enfermería, farmacia, salas de internación (en algunos casos para hombres y mujeres), servicios higiénicos con instalación de baños turcos, etc. Las viviendas para el personal de salud también merecieron atención. Los colores utilizados guardan similitud con los conceptos del Centro de Salud Nuestra Señora

de Belén, de manera que el conjunto adquiere una imagen integral que distingue a la prestación de servicios de salud con un enfoque intercultural en el municipio de Tinguipaya. (Velasco, 2007:149-168)

Los resultados del proceso

Involucramiento de autoridades municipales y originarias en el desarrollo del proyecto

En el objetivo de dar vida a un modelo de salud intercultural, que permitiera a la población acceder a una atención integral, oportuna y de calidad en salud, se involucró desde un principio a las autoridades municipales, cuyo apoyo se traduciría en la sostenibilidad económica y política del proyecto. El Municipio comprometió su contraparte para la realización de las actividades planificadas, a través de la firma de un convenio interinstitucional entre la alcaldía de Tinguipaya y COOPI.

La gestión ofreció apoyo decidido al proceso de implementación de la salud intercultural y la priorizó como una política municipal, haciendo objetivo su apoyo en la creación de los nuevos establecimientos de salud en el Municipio, ofreciendo respaldo al trabajo de médicos tradicionales e incentivos a parteras. Durante la gestión 2006, el Municipio apoyó la puesta en marcha de seis nuevos establecimientos de salud, para lo cual contrató personal médico y de enfermería, apoyó con equipamiento e insumos y previó, en su POA, una remuneración para los mé-

dicos tradicionales que permanezcan en el hospital, así como un incentivo económico para las parteras que atiendan, informen y refieran los partos.

La inestabilidad política que caracteriza al municipio de Tinguipaya y los cambios en la junta municipal limitaron la continuidad de actividades enmarcadas en la salud intercultural. El Municipio se caracteriza por gestiones cortas, incumplimiento de muchos de los compromisos adquiridos, falta de priorización de la salud, etc., hechos que en los últimos tres años debilitaron el proyecto llevado adelante por COOPI y que además se constituyen en los factores centrales de fracaso de varias acciones de cooperación. Algunos estudios antropológicos muestran que Tinguipaya se caracteriza, entre otras cosas, por ser un pueblo guerrero y resistente a imposiciones de diferente índole, una muestra de ello es la inexistencia de haciendas en su territorio y la forma en que mantienen casi intacta su organización originaria basada en usos y costumbres propios del territorio de ayllus. Históricamente en Tinguipaya hubo conflictos entre ayllus, generalmente por temas de tierra, y desde hace algunas décadas también se observa rivalidades políticas que generan una difícil gobernabilidad.

A objeto de subsanar esa situación COOPI buscó la participación de las autoridades originarias, para establecer con ellas una relación de confianza, misma que tomó mucho tiempo en establecerse. Se les informó del avance de actividades durante los cabildos y a través de la conformación de un comité de gestión para apoyar la implementación del proyecto; sin embargo, los roces políticos en torno a la gestión municipal impidieron su consolidación.

La participación de los vecinos del pueblo de Tinguipaya también fue reducida, tanto en torno a las diferentes actividades con los terapeutas tradicionales como a la construcción del nuevo hospital intercultural. Su escaso involucramiento, probablemente, respondió al conflicto permanente entre vecinos del pueblo y comunarios de los ayllus. En efecto, es frecuente escuchar de parte de los indíge-

nas amenazas de saqueo al pueblo como una manera de hacer justicia ante los abusos cometidos por "los del pueblo" (por su posición de poder económico, social y político). El escaso involucramiento de los vecinos se puede explicar también porque el hospital se construyó priorizando la visión y las necesidades de los comunarios y no así de los pobladores, lo cual simbólicamente es importante. Sin embargo, la participación de la gente del pueblo, que se redujo a meros discursos, estuvo representada por dirigentes del Comité Cívico de Tinguipaya.

El trabajo de las parteras tradicionales

Producto del trabajo de información, educación y comunicación con parteras, para mejorar la atención del embarazo, del parto y del puerperio, existe hoy un grupo capacitado que informa de los partos atendidos y reconoce sus limitaciones operativas ante la presencia de complicaciones obstétricas. Estas parteras transfieren casos y, ocasionalmente, atienden partos en forma conjunta con el personal biomédico, logrando de esta manera cierta articulación entre la medicina tradicional y la biomedicina.

Estos logros, en términos de articulación y colaboración entre sistemas médicos, no se apoyan ni están respaldados por ninguna política nacional de salud que atribuya, entre otros, un rol claro a las parteras en la lucha contra la morbi-mortalidad materna infantil. En efecto, el Ministerio de Salud, promotor del nuevo modelo innovador de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural (SAFCI), no elaboró aún normativas ni políticas claras sobre interculturalidad y trabajo complementario entre biomédicos y médicos tradicionales. Todavía hay personal biomédico con actitudes de rechazo hacia el trabajo con médicos tradicionales, y dado que no existe normativa para ello, todo depende de la predisposición de cada individuo.

Otra limitación del trabajo de capacitación realizado en Tinguipaya fue la falta de continuidad y reforzamiento de conocimientos de las parteras sobre la identificación de riesgos obstétricos a través

de permanentes actualizaciones, las mismas que debieron ser encaradas como una prioridad de política nacional a fin de garantizar su sostenibilidad.

Antes, cuando estaba COOPI, se realizaban las capacitaciones regularmente, pero ahora como establecimiento de salud ya no tenemos dinero para hacer seguimiento o para reunirnos con ellas, aunque existe mucho interés de continuar relacionándonos con las parteras, por la falta de recursos económicos no podemos continuar con las capacitaciones. (Personal de salud Tinguipaya).

En los puestos de salud hemos visto pasar médicos, enfermeras, auxiliares de todo tipo, hay algunos más sensibles, pero hay otro personal también que, pese a ser capacitado, parece que no ha cambiado, siguen en sus moldes antiguos, tienen dificultades en aceptar la interculturalidad. (Personal hospital Tinguipaya).

Referencia y retorno. Instrumentos de apoyo para la complementariedad entre sistemas médicos

COOPI quiso poner en marcha un sistema de referencia y retorno de pacientes entre los dos sistemas médicos, que funcione de manera unilateral. Las parteras refirieron a las pacientes al centro de salud cuando identificaron algún riesgo, en cambio, la referencia del personal de salud hacia las parteras fue débil, no se produjo el retorno del caso a éstas para que sean ellas quienes se ocupen del seguimiento. El constante cambio de personal de salud puede constituirse en una de las razones para que esto suceda, así como la poca valorización del trabajo que realizan éstas por parte de los biomédicos. Es importante mencionar que el incentivo económico otorgado por la Alcaldía constituyó un factor fundamental para que las parteras refieran algunos casos.

Las parteras, a partir de las capacitaciones recibidas, se motivan por informar sus actividades, además el incentivo por atención de cada parto hace que no se pierda ninguna información, sin embargo, por el análisis que hace un personal de salud, indica que puede que las parteras prefieran atender el parto solas, sin comunicar a los auxilia-

res, ya que el parto atendido por ambos se registra como atendido por personal de salud. (Quiroz, COOPI, 2007:5).

A pesar de que las cartillas de referencia elaboradas para el uso de las parteras fueron adecuadas culturalmente, con imágenes que representan a las mujeres, paisajes, alimentos de la zona de Tinguipaya y fueron diseñadas para personas analfabetas o que tengan dificultades en lectoescritura, su uso sigue causando dificultades, puesto que se trata de un instrumento de registro totalmente ajeno a su lógica de ver y comprender el parto y a su modo de informar sobre él. El llenado de las cartillas resulta un desafío y requiere de mucho esfuerzo y tiempo para las parteras. Es necesario reflexionar sobre este tipo de material para poder contar con elementos que permitan construir instrumentos de información de fácil manejo, que corresponda a la lógica de información de las parteras sobre los procesos salud, enfermedad y atención.

El analfabetismo predominante en las parteras dificulta en gran manera la información, la mayoría de ellas no escribe ni lee, hacen llenar la cartilla con el hijo o nieto que tampoco escribe muy bien o no sabe dónde debe marcar; la mayoría de las cartillas se encuentran con borrones o mal llenadas, a veces con marcas en todos los cuadros (...) se preguntó a una de las parteras, a manera de ejercicio, sobre la forma de marcar la actividad, cuando se dijo que anote un parto atendido marcó en parto, en hemorragia, salida del líquido amniótico; ella explica que son estas cosas que le pasa a la mujer en el momento del parto, es cierto; pero ella no piensa que son riesgos los que anotó. (Quiroz, COOPI, 2007:3).

La contribución del trabajo de las parteras se puede evidenciar por las estadísticas que reflejan una mejora considerable de la situación de la salud de las madres: para el 2006, de acuerdo a los datos estadísticos del SEDES Potosí, la atención de parto en domicilio por partera tradicional fue de un 11.3%, para el parto institucional fue de un 35%. En los años 2007 - 2008 la cobertura de par-

to se incrementó en relación al año precedente, la cobertura de atención por partera llegó al 9,7%, el parto institucional 27,4% donde el 2,9 % es atendido en el establecimiento de salud, llegando a una cobertura total del 37,1%. Porcentajes aún bajos, pero que ya no figuran como los últimos a nivel departamental. La fluctuación de los indicadores que refleja las atenciones realizadas por parteras y por personal biomédico, lo hace también con la vulnerabilidad del sistema de salud estatal ante la presencia o no de las ONG que pueden tener influencia importante en los indicadores sanitarios. Por otra parte, se observa mejoras en la reducción de los índices de mortalidad, en la gestión 2005 se identificaron tres muertes maternas, en el 2006 dos y en el 2007 y 2008 no se registró ninguna. Si bien estos datos son importantes, también son relativos, pues en zonas como Tinguipaya la mortalidad muchas veces no es registrada.

Respecto de la referencia y del retorno, se puso constatar que los médicos tradicionales en las comunidades por lo general no informan de los casos que atienden, los pocos que sí lo hacen, lo realizan de manera verbal. Es importante llevar adelante investigaciones cualitativas que permitan conocer qué significa para los médicos tradicionales informar sobre sus atenciones y si el hecho tiene relevancia para ellos. Son varias las experiencias en el departamento de Potosí que demostraron las limitaciones del sistema escrito (ya sea a través de símbolos o letras).

Este recurso humano capacitado no se siente muy comprometido por el hecho de no recibir un incentivo como las parteras, es más, indican que algunos se desplazan hasta el puesto de salud sólo cuando tienen algo que hacer en esa comunidad y de paso aprovechan para informar algo, además como la mayoría no tiene la cartilla de información no da mucha importancia a la referencia de casos. (Quiroz, COOPI, 2007:3).

También se advierte la poca interacción entre el personal de salud y los médicos tradicionales. No se logró aún el reconocimiento mutuo de la importan-

cia del trabajo complementario entre terapeutas. Se prevé que el proceso tome varios años, y es probable que sea el auxiliar de enfermería quien juegue el rol de puente en la complementariedad.

Organización de médicos tradicionales

El proceso de organización de los médicos tradicionales de Tinguipaya, COMETRAT, pasó por una serie de gestiones en busca de fortalecer su institucionalidad a través de la obtención de la personería jurídica, la elaboración de estatutos y la acreditación de los médicos tradicionales. Durante la permanencia de COOPI, la organización llegó a tener cierta funcionalidad y regularidad en sus reuniones, sin embargo, una vez que la ONG se retiró, los miembros también abandonaron las reuniones, indicando que no disponían de recursos económicos para solventar los gastos que implicaba cubrir pasajes, alimentación, etc. Las organizaciones comunitarias en los ayllus de Tinguipaya, especialmente aquellas inherentes a la comunidad, funcionan plenamente asumiendo los gastos las autoridades de turno. Llama la atención que en ningún ayllu exista una organización que aglutine de manera exclusiva a los médicos tradicionales ni que se ocupe específicamente del tema de salud (esporádicamente se forman comités de salud pero no tienen funcionalidad); lo que nos lleva a preguntarnos ¿el COMETRAT no logra funcionar porque es una organización que fue creada por la cooperación internacional para dar funcionalidad a un proyecto de interculturalidad? ¿los médicos tradicionales de Tinguipaya no ven realmente la necesidad, la utilidad, ni la importancia de participar en una organización de este tipo?

Con el consejo no nos hemos reunido aparte, sólo nos encontramos en los talleres que llama COOPI, ahí mismo hacemos el cambio de la directiva. (Partera de Tinguipaya).

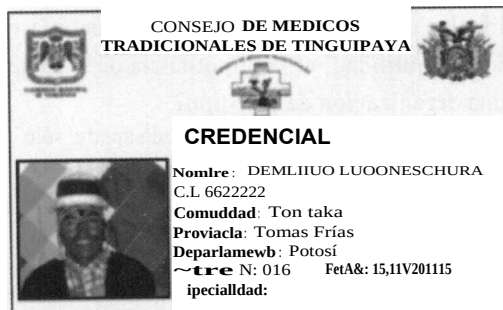
Por las entrevistas realizadas a terapeutas tradicionales, miembros del COMETRAT, se verificó que la principal motivación que tuvieron para con-

formar la organización fue la acreditación, la misma que se otorgó a quienes asistían a los encuentros convocados por COOPI. Actualmente, la razón por la cual no abandonaron la organización es la misma, es decir, los dirigentes del COMETRAT manifiestan que la sanción para aquellos que no asistan a las reuniones será la pérdida de su credencial. Es importante señalar que la mayoría de los médicos tradicionales de Tinguipaya no son parte de la organización, no participaron del proceso de capacitación ni de encuentros con personal biomédico, se mantuvieron al margen del proyecto de salud intercultural, lo que constituye una diferencia respecto al caso de las parteras.

No podemos faltar seguido a las reuniones porque, los líderes nos amenazan, si no van a venir les vamos a quitar su credencial, nos dicen (...) no voy casi pero porque no tengo tiempo, siempre estoy viajando, en la chacra también hay que hacer. (Médico tradicional de Tinguipaya).

El proceso de acreditación se ha constituido en un conflicto. Si la organización continua vigente deberá definir claramente los criterios de inclusión y de exclusión para obtener el credencial.

Se ha dado credencial a gente que no son verdaderos médicos tradicionales, sólo asistían a los talleres de COOPI porque tenían interés de aprender, aunque claro que saben como todos los de aquí algo de curar, ahora que tienen credencial pueden empezar a engañar a la gente, no está bien esto. (Médico tradicional de Tinguipaya).



La credencial otorgada por el Ministerio de Salud a los médicos tradicionales reconocidos como tales por la comunidad © COOPI.

Laboratorio para la elaboración de medicamentos a base de plantas medicinales

Luego de los procesos de identificación, de estudio y de reconocimiento terapéutico de las plantas existentes en la zona, en coordinación con los médicos tradicionales se construyó, en un ambiente del hospital de Tinguipaya, un laboratorio de transformación de medicamentos en base a plantas medicinales donde se elaboraron jarabes, pomadas y gotas que fueron distribuidas a todo los puestos de salud del Municipio, con excelente aceptación. El laboratorio cesó su trabajo por diversas dificultades.

COOPI cuando se había retirado dejó el laboratorio con un stock de los cinco medicamentos tradicionales, pero el manejo económico ha tenido dificultades con el anterior jefe médico y el anterior laboratorista, esto ha dificultado para que se elaboren nuevamente los medicamentos, eso por una parte, por otra parte no había personal capacitado para manejar el laboratorio porque el personal anterior que había sido contratado y pagado por la Alcaldía no cumplió con las expectativas y no se le volvió a contratar, luego la Alcaldía contrató a otro personal pero ha sido peor, ese personal no tenía el perfil que necesitaba COOPI para poder ser capacitado y dar continuidad al trabajo en el laboratorio. (Personal hospital de Tinguipaya).

El funcionamiento del laboratorio atravesó por muchas dificultades de tipo económico, de gestión y, sobre todo, de búsqueda de personal capacitado para la elaboración de los medicamentos.

Un tema que no se debe descuidar es aquel relacionado con la propiedad intelectual. Si bien COOPI estableció que la propiedad pertenece a la organización de médicos tradicionales, ellos no tienen claridad al respecto, además, algunos que participaron de la elaboración de los medicamentos pero que no tienen las recetas, aseguraron que no se sienten con los conocimientos y habilidades suficientes para poder cumplir las exigencias sanitarias.

Yo he participado con los doctores, he visto cómo han fabricado algunos medicamentos pero difícil es, yo no entiendo de pesar, todo cabalito tiene

que ser, difícil es pues, qué vamos a poder nosotros nomás. (Médico tradicional Tinguipaya).

Otra dificultad en este proceso fue la ausencia de normativa para el funcionamiento de laboratorios de fabricación de medicamentos a base de plantas medicinales y los procedimientos para el registro sanitario. Será, en el futuro, de vital importancia que el gobierno reglamente la actividad y facilite los procedimientos de registro, pues una tendencia en los médicos tradicionales del departamento de Potosí es ingresar en este rubro como una opción para generar recursos económicos y lograr autofinanciamiento para sus organizaciones. Actualmente, organizaciones de terapeutas tradicionales consideran la fabricación de medicamentos a base de plantas medicinales, en laboratorios artesanales, como una alternativa que les permita autonomía de la cooperación internacional e incluso del SEDES. No obstante, habrá que pensar en esta actividad como un proceso integral, pues implica atravesar las diferentes etapas de la cadena productiva, además de todos los procedimientos jurídico legales, de gestión, de propiedad intelectual, de manejo contable y de capacitación de recursos humanos, entre otros.

Infraestructura y equipamiento

La construcción del hospital de Tinguipaya fue una experiencia caracterizada por la alta participación, principalmente de las parteras tradicionales, presentes en todo el proceso, desde su concepción hasta su conclusión. Asimismo, la calidad humana y el amplio conocimiento de la arquitectura rural de la persona que dirigió la obra, Arq. Ruth Velasco, dio como resultado un hospital único en Bolivia. Sin embargo, el centro de salud no aumentó su cobertura, fundamentalmente por su ubicación, que ha sido determinante en el flujo de pacientes.

Lo que pasa aquí es evidente, ha disminuido el flujo de pacientes por la distancia, además la dificultad que esto es una subida, es una pendiente, entonces, es una dificultad para todos, porque el paciente en su estado no puede pues subir hasta

acá, cosa que si estuviera en el pueblo no ocurriría, además no es sólo la distancia, sino que normalmente las personas, los comunarios van a hacer sus trámites, sus compras, a tomar el turno (transporte) al pueblo, entonces, el pueblo es el centro de todo y nosotros no estamos ahí, estamos lejos a un kilómetro y medio, la distancia más bien ha ocasionado algunas dificultades entre la población y el personal de salud, ellos dicen: no sabemos qué está haciendo el personal de salud, allá están escapando de nuestro control, estarán cumpliendo o no con sus funciones, se encontrarían o no se encontrarán, dicen, esas son las dificultades, lo que es lejos y es de subida es un gran problema, imagínese para el paciente para los familiares es muy dificultoso por decir, si tienen alguna emergencia en la noche tener que subir aquí hasta el hospital, no sé cómo vamos a solucionar esto, necesitaríamos tener otra infraestructura en el pueblo para atenciones de emergencia. (Personal hospital de Tinguipaya).

La construcción de infraestructura sanitaria con enfoque intercultural debe considerar, de manera prioritaria, su ubicación. Es recomendable que los establecimientos de salud estén situados en lugares donde estén las viviendas, la escuela u otra infraestructura que desempeñen un rol social. El hospital debe ser parte de la dinámica de la comunidad o del pueblo, incluso el control social de los pobladores puede constituirse en un elemento que contribuya a incrementar la calidad de la atención en los servicios de salud.

En el caso de Tinguipaya, el hospital está alejado de la dinámica social propia de las comunidades del área rural de Bolivia. El Municipio otorgó el terreno como contraparte del proyecto, y aunque se buscó un espacio en el pueblo, no fue posible encontrar una superficie lo suficientemente extensa para instalar el nosocomio, que fue construido a 200 metros del cementerio general.

Relación entre terapeutas dentro de un mismo espacio físico

Luego de la inauguración del hospital intercultural Nuestra Señora de Belén, los médicos tradicionales organizaron su intervención a través de la elabora-

ción de un rol de turnos que implicaba la perm., nencia por dos semanas del médico tradicional. Como parte de sus funciones al interior del hospital, además de atender pacientes, el médico debería participar en el proceso de elaboración de medicamentos tradicionales a base de plantas medicinales y promover, prescribir y vender los mismos. A este proceso se sumó el Municipio, a través de la asignación de recursos económicos para aquellos médicos que cumplieran el turno respectivo, incentivo con el cual los médicos tradicionales mostraron conformidad. Sin embargo, después de más de dos años de haber involucrado a los médicos tradicionales en la prestación de atenciones, se pudo evidenciar que la incorporación de estos, a un territorio que pertenece al sistema biomédico implica todavía reproducir e intensificar relaciones de subordinación al sistema biomédico.

La relación entre personal de salud y médico tradicional no es la óptima, no existe eso que llaman de igual a igual, entonces el mismo personal de salud cuando se programa un trabajo en comunidad utiliza al médico tradicional para que lleve sus tennos o para que le ayude a llevar los medicamentos y eso no me parece correcto, tienen que ir en la misma jerarquía un médico tradicional que un médico, entonces recién hay una relación de horizontalidad, cosa que todavía acá no se ha superado. (Personal hospital de Tinguipaya).

Los médicos tradicionales tienen un cuaderno de anotaciones, inclusive no está el total porque la mayoría de los médicos tradicionales tienen esa limitación de que no pueden leer ni escribir y ahí tenemos más una especie de autocritica para el personal de acá del hospital, que no se les colabora porque todos están absorbidos por su trabajo, ellos (los médicos tradicionales) algunas veces recurren al personal diciendo por favor anótemelo he atendido a tal o cual con ese tipo de atenciones. (Personal hospital de Tinguipaya).

Por otra parte, la forma de atención de los médicos tradicionales, que implica a la vez rituales como sahumerios, *ch'allas*-, etc., resulta difícil de circuns-

cribir en la infraestructura hospitalaria, dado que la práctica de esas curaciones se desarrolla en espacios abiertos. Asimismo, prácticamente la totalidad de los tratamientos a los enfermos involucra la participación de los familiares, donde cada miembro de la familia asume cierto rol. Realizar curaciones dentro del hospital implica extraerlos de su espacio social, comunitario y familiar para ubicarlos en espacios físico que no pertenecen ni al enfermo ni al médico tradicional. Además, la experiencia de Tinguipaya puede reproducirse en otras zonas generando conflictos también de tipo religioso, tal como lo manifiestan los siguientes testimonios.

En Tinguipaya hay gente que está con los luteranos y ellos no toman trago, además piensan que los médicos tradicionales están con el diablo, entonces yo creo que no es bueno que los médicos tradicionales hagan sus *ch Sallas* y sus curaciones dentro del hospital. (Poblador de Tinguipaya).

Algunos médicos tradicionales han hecho uso e incluso abuso de su espacio en el hospital, porque se chupaban y todo hacían impregnar, nosotros pensábamos qué va a decir la gente, va a pensar que todo el personal de salud nos hemos chupado. (Personal de Tinguipaya).

Otro factor que determina la presencia del médico tradicional en un centro hospitalario es la remuneración económica. En el caso de Tinguipaya, a pesar de que el Municipio asumió ese gasto, no se constituyó en un incentivo suficiente que garantice su permanencia en el hospital.

"Cuando en los talleres se hacía un cronograma para los médicos tradicionales pocos querían venir, decían 200 bolivianos es muy poco, además para estar sin comer y con malos tratos mejor no, decían, otros decían que en una noche pueden ganar valor de 200 bolivianos, parecía que venían medio obligados, sólo las cabezas de la organización exigían, de esa manera algunos obligados o por miedo de perder su credencial tenían que venir, antes quizás era diferente, pero lo que yo he visto es así. (Personal hospital de Tinguipaya).

La alimentación también constituyó un elemento que debe ser tomado en cuenta para la permanencia del médico tradicional dentro de una comunidad y un espacio que no es el suyo.

Los médicos tradicionales ya no vienen por el tema de la alimentación, porque aquí la gente del campo está acostumbrada a comer en la mañana, al medio día, en la noche, entonces ellos no se cocinaban y yo creo que también a consecuencia de la alimentación ya no quieren venir porque ellos no se traían para cocinarse, además también era un problema el gas, como rotaban y al final ninguno quería poner para el gas, entonces no tenían. (Personal hospital de Tinguipaya).

Sin embargo, durante cierto tiempo la prestación de servicios en el hospital de Tinguipaya implicó atenciones de parte de ambos sistemas, es decir que durante cierto tiempo la población acudió al hospital con la libertad de demandar servicios de medicina tradicional y de biomedicina sin reparos ni vergüenzas.

En cuanto hace a los otros seis puestos de salud del municipio de Tinguipaya, es importante pensar en la posibilidad de contar con infraestructura nueva o remodelada, con equipamiento básico para la atención primaria de salud, con infraestructura adecuada para la vivienda del personal y albergues para los acompañantes del enfermo, en caso de ser internado, además de contar con espacios especiales para la atención de los terapeutas tradicionales. No obstante, en el aspecto de uso de estos espacios aún no se tiene claridad sobre su pertinencia. De acuerdo al informe de 2007

[...] los ambientes destinados a la atención del médico tradicional en ninguno de los puestos de salud está siendo utilizado por éste, ya que según indican los auxiliares prefieren trabajar deambulando por diferentes regiones porque **ese es su** modo de trabajar; por lo tanto esos ambientes fueron ocupados como otras salas de atención. (Quiroz, COOPI, 2007:2).

Seguimiento y sostenibilidad de las actividades

Con el propósito de involucrar a las instancias estatales y motivarlas para que asuman la responsa-

bilidad de hacer seguimiento al trabajo que realizan los establecimientos de salud con los médicos tradicionales del municipio de Tinguipaya, COOPI, la Alcaldía de Tinguipaya y el SEDES Potosí firmaron un convenio para monitorear los servicios de salud y conformaron un equipo con la participación de representantes de las tres instituciones. Asimismo, elaboraron instrumentos de supervisión.

En esta labor, un primer obstáculo fue el desentendimiento total de parte de la Alcaldía y la participación interrumpida del SEDES. Resultado de ello, COOPI encaró sola el trabajo de seguimiento. Esta actitud refleja la falta de apropiación del proceso por parte de las instancias estatales correspondientes. Por otra parte, a pesar de que la ONG italiana realizó desde el principio convenios con las autoridades, estos no fueron duraderos debido a los continuos cambios del personal municipal y del personal de salud; también afectó la falta de institucionalización de la salud intercultural en instancias estatales y la poca apropiación de la iniciativa por parte de los involucrados. Una iniciativa integral y compleja como la de Tinguipaya, que perfilaba importantes cambios cualitativos y de relaciones de poder entre sistemas médicos, requería de una participación institucional mucho más concreta y del acompañamiento más largo de la ONG italiana. En efecto, su salida temprana y la falta de apropiación de la iniciativa por parte de las autoridades locales y nacionales, interrumpió importantes procesos de cambio y anuló avances logrados en materia de salud en el municipio de Tinguipaya.

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

La iniciativa de COOPI en Tinguipaya es hoy un ejemplo positivo de proyecto integral que permite operativizar el enfoque intercultural a objeto de mejorar la salud de la población. El mérito de esta experiencia consistió en estructurar el proyecto alrededor de actividades complementarias e imprescindibles como la capacitación de médicos tradiciona-

les, la implementación de procesos de referencia de pacientes entre los dos sistemas, el fortalecimiento de la medicina tradicional y la adecuación cultural de la infraestructura sanitaria. A diferencia de muchos proyectos de apoyo al sistema sanitario local, que apuntan a mejorar solamente uno de estos aspectos, el proyecto de COOPI no perdió de vista la dimensión integral de la salud.

Este proyecto no pretendía imponer un modelo de salud intercultural preconcebido, sino ofrecer una propuesta de interculturalidad en salud que se ha ido formulando a partir de la experiencia y de la convivencia con la realidad local y sus actores. La iniciativa tuvo limitaciones y debilidades, cuyas causas son identificables sobre todo en la falta de real apropiación de la experiencia por parte de las autoridades nacionales y en la falta de respaldo político normativo a los avances logrados en terreno. Aunque el actual gobierno ponga mucho énfasis en el rescate del mundo indígena, en la valorización de la medicina tradicional y en la articulación de esta con el sistema médico formal, no existe una política clara y efectiva sobre interculturalidad. La interculturalidad en salud se mantiene a nivel teórico discursivo, mientras que se da valor, por razones políticas, al rescate de la medicina tradicional. Ese rescate se inserta en un contexto político institucional muy contradictorio y complejo, en el que no se ha logrado definir cuál debería ser rol de los médicos tradicionales en la mejora de la salud de la población boliviana. Por un lado, se habla de articulación entre sistemas médicos (referencia y contrareferencia) y, por otro, se crean medidas políticas como la del Bono Juana Azurduy de Padilla, que incentiva económicamente a las mujeres que dan a luz en establecimiento de salud, y que resta valor y reconocimiento al trabajo de las parteras. Es evidente, entonces, que a nivel político es aún largo el camino por recorrer y muchas las contradicciones por resolver. Estas debilidades y deficiencias políticas limitaron la iniciativa y crearon vacíos de responsabilidad y falta de sostenibilidad del proyecto.

La inestabilidad del Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad trascendió a los SEDES departamentales, generando la ausencia de una política nacional y departamental clara y coherente sobre enfoque intercultural en la salud y su respectiva normativa. Esta situación influyó en el trabajo de las ONG, limitando sus posibilidades de encontrar apoyo en el Estado para dar sostenibilidad a sus acciones. Asimismo, la actitud del personal biomédico, que hasta ahora se ha caracterizado por su poca apertura hacia otras maneras de concebir la salud, no ha logrado cambios sustanciales, principalmente, por la falta de políticas sobre la operatividad de la interculturalidad en salud y de medidas de control sobre el cumplimiento de procesos de articulación. La continuidad de procesos como el de Tinguipaya requiere de reglamentaciones precisas, además de personal comprometido y asignado especialmente para hacer cumplir reglas y normas que contribuyan a fomentar la interculturalidad en la salud.

Sin embargo, las alianzas con autoridades municipales, desde el inicio del proyecto, y la persistencia en las negociaciones, permitió que esta instancia estatal acepte compartir costos para mejorar las siete infraestructuras sanitarias del Municipio. Asimismo, su contribución financiera para la remuneración de médicos tradicionales e incentivos económicos para las parteras que refieren pacientes, ha dado lugar a que se experimente la articulación entre terapeutas tradicionales y biomédicos en infraestructuras hospitalarias.

El proceso de información, educación y comunicación -dinámico, constante y abierto a toda la población- ha contribuido a que la comunidad despierte interés sobre la temática de la salud, reflexione sobre la muerte de mujeres y niños, promueva el autocuidado familiar y participe en la búsqueda de soluciones para mejorar la situación de la salud del Municipio. Asimismo, el proceso de capacitación y seguimiento a parteras tradicionales, con una periodicidad regular, permitió una mayor aceptación de su parte para incorporar nuevos conocimientos y prácticas orien-

Bibliografía

Camaqui, Alberto

2007 *Plantas medicinales de Tinguipaya*. La Paz: COOPITAL - COOPI.

Cooperaciones Internazionali (COOPI) - Quiroz, Plácida

Informe de supervisión de centros y puestos de salud municipio de Tinguipaya: Complementariedad de la biomedicina y la tradicional . Potosí, inédito.

Ministerio de Salud y Deportes

Guía para la atención de la salud materna con enfoque intercultural: Documento Técnico - Normativo, La Paz.

Pérez, Rosario y Fuertes, Azucena

***Encuentro de dos: La biomedicina y la medicina tradicional en Tinguipaya* . La Paz: COOPITAL - COOPI.**

Ticona, Vladimir,

2005 *Una experiencia en salud: Proyecto de salud integral para las comunidades de Acasio y Arampampa*: Cochabamba, AECL, ASI, Medicus Mundi.

Vincent, Nicolás; Zegarra, Sandra y Pozo, Roberto

Los ayllus de Tinkipaya. La Paz: PIEB

FORMULACIÓN DE POLÍTICAS PUBLICAS A TRAVÉS DE EXPERIENCIAS DE AYUDA AL DESARROLLO: LA SALUD PUBLICA INTERCULTURAL EN EL CONTEXTO DE LA COOPERACIÓN SANITARIA ENTRE BOLIVIA E ITALIA

Missoni, E., Lapenta, A., Luzj, V, Zangari, A., Leonelli L., Bruzzzone, D.

En la extraordinaria escultura de Gian Lorenzo Bernini, El Rapto de Proserpina, la mano del dios agarra las carnes de la bella hija de Ceres plasmando el mármol como si fuese materia suave, como ya supo hacer Miguel Ángel con el abrazo dramático entre la Virgen y el HUo muerto en La Piedad: la piedra lisa y dura casi se abre al tacto de las yemas y el gesto de violencia se transforma quizá involuntariamente en sensualidad, esa sensualidad que es connotación ineludible del carácter latino y que también quiere decir apertura, abrazo, intercambio, diálogo, contaminación, bendita, fecunda contaminación.

Silvio Mignano - *La Pacífica Rebeldía de las Sabinas. Unión latina: latinidad y multiculturalidad* - Los Alpes en los Andes - Encuentro de dos culturas - Memoria de las actividades culturales de la Embajada de Italia en Bolivia. 2008

Introducción.

La visión de quienes formularon el programa de cooperación entre Italia y Bolivia denominado "Ayuda al desarrollo del sistema socio sanitario del departamento de Potosí", pretendía la realización de una experiencia a nivel local que sentara las bases para un cambio en las políticas nacionales. No obstante el éxito a nivel departamental del programa -que

contribuyó efectivamente a la innovación del sistema de salud local con enfoques y experiencias de vanguardia, integrando en un sistema de valores y de prácticas interculturales herramientas de valoración de la medicina tradicional y la atención biomédica de calidad, así como la enseñanza y la investigación- se sintió una frustración por su escaso impacto en las políticas públicas nacionales. Hoy, esa inicial frustración deja paso a la satisfacción de

haber sido pioneros, hace más de diez años, de un enfoque que finalmente se ha integrado a la carta constitucional de Bolivia y al desafío de poder impactar en las políticas del país, más allá del marco descentralizado.

El conocimiento de la visión de la Cooperación Italiana en general, y en el ámbito de la salud, en particular, nos permitirá comprender mejor el significado de la iniciativa mencionada y analizarla en mayor detalle en este documento.

Interculturalidad y desarrollo integrado como visiones estratégicas de la Cooperación Italiana

En un momento en el cual Italia vive un desafío intercultural y de integración, relacionado con el creciente fenómeno de la inmigración, sectores importantes de la sociedad italiana, así como sus instituciones, parecen no estar adecuadamente preparados para afrontarlo. Es importante subrayar la valorización del encuentro entre culturas, así como de la promoción de las tradiciones y de los procesos endógenos locales en la visión estratégica de la Cooperación Italiana y sancionados en su ley constitutiva (Ley n.49/87). Dichos valores se inscriben en tendencias de diálogo político que enfatizaron, en los últimos años, en la importancia de la ayuda al desarrollo en sus varias fórmulas -bilaterales, multilaterales y no gubernamentales- en el cuadro que caracteriza la cooperación entre Italia y los países de América Latina, y en un contexto de relaciones políticas y económicas crecientes y ascendentes hacia las dinámicas de integración:

Uno de los elementos más importantes para lograr la integración continental será la cooperación transfronteriza y el desarrollo de redes infraestructurales y los nuevos sujetos de la ayuda al desarrollo. Una realidad importante también es la cooperación descentralizada: Regiones, entidades e instancias locales (universidades, ONG, asociaciones sindicales o del sector privado, etc.) se han vuelto sujetos activos en las relaciones con

las distintas partes latinoamericanas y caribeñas, especialmente en el tema de la cohesión social e integración. (Ministero degli Affari Esteri, 2007).

Es hoy reconocido que la cultura es un factor de desarrollo poderoso, pero poco tomado en cuenta:

El reconocimiento de que la mayor parte de los países del orbe son multiculturales, y que esta situación no lleva necesariamente a la desintegración de las naciones, es una razón adicional para que los mismos organismos internacionales procuren que las políticas de desarrollo, que ellos impulsan, promuevan la tolerancia de diferentes modos de vida, la búsqueda de conductas y culturas democráticas, y el fomento de la diversidad cultural. (UNDP, Perú, 2005).

Los principios que han guiado la cooperación en salud durante dos décadas insisten en la dimensión comunitaria, intersectorial, integrada y apropiada de la iniciativa de desarrollo. La comunidad es el sujeto principal de toda intervención, protagonista en la individuación de los problemas y partícipe de las decisiones y de la implementación de las soluciones, donde la cultura, las capacidades y los conocimientos locales deben ser promovidos y desarrollados. La comunidad es el "socio con el cual el sistema entero y cada uno de sus componentes se confronta e interactúa". La salud es el resultado de múltiples determinantes externos, toda iniciativa debe buscar la interacción de todos los actores sociales e institucionales. Ninguna realización puede darse desde afuera de una visión de sistema; incluso las intervenciones a favor de un hospital deben estar destinadas a: "integrarlo en el conjunto de las estructuras y de los servicios del área geográfica de su competencia, estimulando la colaboración y la coordinación de todo nivel del sistema de salud en el cual opera", haciendo hincapié en los principios de la atención primaria en salud y, en ese contexto, en el rol de los hospitales y su orientación en función de la salud para todos, un concepto que incluye aquél de la equidad.

Una atención de calidad no puede renunciar al uso de tecnologías biomédicas modernas ni a la rea-

lización de intervenciones adecuadas. Menos aún a las capacidades técnicas, organizativas y económicas locales, las mismas que deben implementar las acciones de capacitación y reorganización que resulten necesarias. Pero de nada sirve la tecnología si no se asegura el acceso de toda la población a los servicios.

El análisis profundizado y la comprensión de la cultura, de las opiniones y de las prácticas tradicionales de la comunidad organizada son elementos preliminares de toda acción de la Cooperación Italiana [y] todo contacto entre la población usuaria y los servicios de salud se utiliza para permitir y consolidar una comunicación adecuada entre las instituciones (y, entonces, los trabajadores de la salud) y la comunidad. (Ministero degli Affari Esteri, 1989).

La comunicación es otro elemento esencial para mejorar la calidad de los servicios, adecuándolos a las necesidades específicas de la población. El programa será apropiado sólo si responde adecuadamente al contexto local en todas sus dimensiones (sociales, culturales, económicas, etc.). En **algunas** realidades, como la del altiplano andino, la medicina tradicional juega un rol muy importante en la vida de la comunidad, siendo parte de la cosmovisión de aquellos pueblos. Por lo tanto:

Es útil y necesario promover **la colaboración entre** los dos sectores [el convencional y el tradicional] individualizando la competencias específicas de cada uno. [En todo caso hay que] evaluar cada vez la oportunidad y las modalidades para promover la integración entre el sistema tradicional y el sistema moderno. (Ibidem).

No obstante las inevitables desviaciones, muchos fueron los programas de desarrollo que, en diferentes regiones del mundo, tradujeron los principios guía de las iniciativas de la Cooperación Italiana. No faltaron importantes experiencias de valorización de las prácticas tradicionales y de integración de sistemas de salud convencionales y tradicionales. En América Latina los ejemplos más significativos están representados por los programas de cooperación

en Bolivia -a muchos de los cuales nos referimos en **este** texto-, y un programa de promoción de la atención primaria en salud, realizado en un área de pluralidad étnica y cultural de Chile (Novena Región) al inicio de los años 90. En este último se sentaron las bases y se experimentaron dinámicas y métodos, retomados en el proyecto de Potosí. Por ejemplo la creación de la "Oficina de Comunicación y Orientación Intercultural Amuldungun", establecida en el Hospital General de Temuco "para contribuir a la apertura de **un espacio** de expresión y difusión de la cultura indígena [mapuche] dentro de la instancia hospitalaria" (Cayuela, 1995), y la experiencia de los monitores de salud en el área indígena.

De hecho, la promoción del intercambio de experiencias y redes para la colaboración técnica y científica -tanto en una dinámica regional como en realidades locales e institucionales **italianas** (incluyendo la llamada fórmula de la cooperación descentralizada) - ha sido una constante de la estrategia de la Cooperación **Italiana en** el área social y de salud, especialmente en América Latina, donde la experiencia de Potosí ha sido ejemplar en sus fases iniciales (Greco, 2003).

Esta **dimensión** ha sido incluida en los nuevos principios-guía de la Cooperación **Italiana en** materia de salud, publicados recientemente, donde se afirma que:

La cooperación italiana promueve la colaboración **internacional** en la investigación científica y en la formación **entre instituciones** y actores homólogos o representantes de conocimientos diversos. (Ministero degli Affari Esteri, 2009).

Aunque expresados de forma distinta, y tomando en cuenta el contexto global modificado, se reafirma también las antiguas orientaciones para la acción intersectorial, haciendo hincapié en los determinantes sociales de la salud y solicitando "una mayor atención a los efectos sobre el estado de salud de la población que son la consecuencia de actividades en todos los sectores del desarrollo" (ibid). De igual manera, se recalca el concepto de estrate-

gia integrada, reconociendo "la salud como dei echo humano fundamental [y fijando como objetivo el] acceso universal y equitativo a los servicios de salud" y sistemas de salud animados por el "espíritu de responsabilidad y autodeterminación de los pueblos" (ibid). Finalmente, la participación comunitaria queda como pilar de la acción para el desarrollo y, en ese contexto, se vuelve a recomendar "la valorización de la medicina complementaria y tradicional y el apoyo a reformas de salud que promuevan sistemas basados en la equidad, la solidaridad y la inclusión social" (Ibid).

Potosí: una fórmula de ayuda comunitaria, intersectorial, integrada y apropiada

En 1988, el gobierno boliviano solicitó a la Cooperación Italiana financiamiento para la construcción de un nuevo hospital en Potosí, en sustitución del antiguo hospital Daniel Bracamonte, cuyas condiciones impedían garantizar estándares mínimos de calidad.

De acuerdo a los principios enunciados, el estudio de factibilidad definió la realización de un programa integrado, donde la construcción del hospital fuera sólo un componente del sistema de salud de Potosí. Una serie de factores que interfirieron con la regular gestión de los procedimientos institucionales ocasionaron una demora de casi diez años entre la identificación y el comienzo de la iniciativa -finalmente lanzada en 1997- con la reestructuración y ampliación del Hospital, cuyo equipamiento, desarrollo y ejecución se efectuó a través de la implementación de un modelo moderno de gestión, que ofertaba servicios de calidad respetuosos del contexto social y cultural de las comunidades de la región.

En esta fase, que concluyó en 2001, asumieron especial relevancia los componentes de cooperación descentralizada, que favorecían el enlace del proyecto de Potosí con el de instituciones homólogas italianas, con el fin de garantizar la sostenibilidad

de la iniciativa y su futuro desarrollo autónomo. Fue también durante ese período que se implementó el enfoque intercultural para facilitar el acceso a los servicios de la población local -en su mayoría quechua y aymara-. Este enfoque permitió el desarrollo de iniciativas piloto, como la creación de la Oficina Intercultural Willaqquna en el hospital Bracamonte y la instauración de un curso de especialización a nivel universitario, denominado "Postgrado de Salud Intercultural", este último realizado en colaboración con distintas instituciones bolivianas, latinoamericanas e internacionales (Universidad Autónoma Tomás Frías, Universidad Nacional Autónoma de México, Ministerio de Salud de Chile, Who/Ops, Unicef, Unfpa). Ambas iniciativas constituyeron innovaciones a nivel boliviano y, el postgrado, también a nivel internacional. La Cooperación Italiana facilitó la transferencia de conocimientos generados por la experiencia en la Novena Región de Chile. De acuerdo al enfoque que reconoce la función estratégica de las redes para la sostenibilidad y la reproducibilidad, también se apuntó a consolidar las relaciones con algunos organismos internacionales, como Who/Ops, la Unfpa, y Unicef, que se involucraron -incluso financieramente- en la realización del programa. La individuación de un enfoque metodológico para replicar el modelo "Willaqquna-Potosí" en otros contextos interculturales, también fue objeto de estudios específicos. (Fornabaio, 2003).

En virtud de los resultados obtenidos hasta 2001, la iniciativa de la Cooperación Italiana fue convirtiéndose en un punto de referencia para las políticas de salud de las regiones indígenas del país. Se planteó la continuación y extensión del programa que -en su nueva fase y en un anhelo de coordinación y armonización propios de las indicaciones de la ayuda internacional, como las Declaraciones de París y Accra (OECD, 2005; OECD, 2008) - se articularía con una iniciativa de salud y desarrollo social de la Comisión Europea, en la misma región de Bolivia. La nueva fase del programa: "Apoyo al desarrollo del sistema socio-sanitario de Potosí", aprobada en

julio de 2002', tuvo como objetivo la integración de las acciones de salud y desarrollo social en el contexto del sistema municipal y departamental de Potosí. La nueva intervención iba a durar tres años y fue articulada en los siguientes cinco componentes:

Contribuir a mejorar la gestión y la calidad de los servicios proporcionados por el hospital, en la perspectiva de adecuar la oferta sanitaria a la realidad cultural de la población beneficiaria;

- garantizar apoyo al desarrollo de un sistema socio-sanitario integrado a los niveles municipal y departamental;
- promover el desarrollo del enfoque intercultural a través de experiencias innovadoras en la gestión de servicios y actividades de formación-acción a llevarse a cabo a través de una red universitaria y centros de salud/hospitales interculturales;
- modernizar la facultad de Medicina, mejorando la infraestructura y reformando el currículo;
- favorecer la promoción integral de la salud infantil, a través de la prevención del abandono, y facilitando la integración social de los menores en riesgo.

Una vez más, factores burocráticos atrasaron el desarrollo de la iniciativa, que tuvo que ser repetidamente postergada y parcialmente refinanciada.²

El enfoque intercultural del programa, transversal a sus diferentes líneas de trabajo, contribuyó al diseño de políticas públicas, como el modelo de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (SAFCI), lanzado por el Ministerio de Salud. El mismo está vinculado, tanto por razones conceptuales como metodológicas, a la iniciativa de cooperación entre Bolivia e Italia.

Evaluación del componente intercultural

En octubre de 2008 se condujo una evaluación de la iniciativa "Apoyo al desarrollo del sistema socio-sanitario de Potosí" organizada y financiada por la oficina regional de la Cooperación Italiana en La Paz'. Además de efectuar un análisis comprensivo técnico, económico y de gestión de los resultados obtenidos hasta la fecha, su congruencia con los objetivos, y su respuesta a las expectativas de los beneficiarios identificados, se delinearon posibles estrategias para la capitalización y la valorización de los resultados del programa mismo, de manera que se asegure, a futuro, su desarrollo dentro de las políticas nacionales de desarrollo sectorial, clasificando mecanismos apropiados de sostenibilidad en un proceso de transferencia integral de la gestión a las instituciones bolivianas, según una visión de real colaboración.

El programa, aprobado en 2002, tenía como objetivo activar un polo de formación nacional y latinoamericano sobre la salud intercultural. La evaluación mostró que, no obstante no haber alcanzado en su totalidad los resultados esperados, se confirma la pertinencia y relevancia del componente de salud intercultural, que se refleja en políticas nacionales de rescate de la medicina tradicional y de articulación de los distintos sistemas de salud en el país. Además de servir como ejemplo para el proceso de creación de un sistema sanitario familiar, comunitario e intercultural, las actividades realizadas ofrecieron propuestas técnicas y metodológicas importantes en el ámbito de la formación de los recursos humanos y de la calidad de los servicios, creando un modelo para la formulación de estrategias políticas y de acción en salud intercultural.

¹ La Cooperación Italiana aprobó un financiamiento de E 4.731.552,46, de los cuales E 3.492.025,91 fueron destinados al fondo local de operaciones y E 1.239.496,55 a la asistencia técnica (expertos italianos).

² Con el refinanciamiento más reciente (septiembre 2008) el monto total a disposición de la iniciativa, incluyendo los fondos ya utilizados, en todos sus componentes, alcanza a E 7.225.925,90, y se prevé su conclusión en el año 2011.

³ A partir del febrero de 2008, con Deliberación n. 63 (14.6.2007), se implementó una Oficina de la Cooperación italiana en Bolivia, a cargo de un Director y un equipo técnico (Unidad Técnica Local La Paz); con Deliberación n. 128 (29.9.2007), la misma Oficina se elevó al rango de Oficina Regional (UTL), confirmando el perfil de integración económica y de cooperación regional de la ayuda italiana al desarrollo en el área Andina y en la subregión.

Los límites observados en términos de resultados obedecieron, principalmente, a las contradicciones y actitudes internas de la dirección italiana del programa en el período 2006-2008. Faltó una gestión coherente y continua de la estrategia de salud intercultural, no se promovió la gestión compartida con las contrapartes locales y nacionales y tampoco se coordinó con otros donantes activos en el sector socio-sanitario presentes en el área de Potosí (las ONG nacionales, italianas e internacionales; el Programa de Apoyo a la Higiene y Salud de Base (PROHISABA) de la Comisión Europea; las organizaciones internacionales). De las 13 actividades programadas, sólo siete fueron realizadas total o parcialmente, mientras que las seis restantes, donde sólo se invirtió el 56,17% de lo presupuestado, fueron anuladas.

Por lo tanto, si debiéramos hacer un resumen de la evaluación, diríamos: La inestabilidad político-institucional de varias de las instituciones relacionadas con el programa (en especial la Universidad); la débil apropiación de la iniciativa por la contraparte nacional y regional; y la falta de sinergia con las otras iniciativas presentes en la región determinaron las limitaciones de su implementación.

A pesar de no haberse logrado la formación del previsto polo nacional e internacional sobre sanidad intercultural, la estrategia del programa contribuyó notablemente a la apertura, a nivel nacional e internacional de un espacio de discusión y reflexión sobre las características propias de un sistema socio-sanitario integrado e intercultural.

Basados en los resultados de la evaluación, siempre relacionado con el componente intercultural del programa, se hicieron las siguientes recomendaciones:

- Retomar algunas líneas de trabajo del componente de salud intercultural anuladas, o parcialmente realizadas, durante la última gestión del programa (2006-2008). El Servicio Regional de Salud de Potosí (SEDES) elaboró un Plan Regional de Medicina Tradicional y Salud Intercultural (2008-2010) que organiza la labor

de cooperación y revitaliza la contribución del programa en la calidad de los servicios y la formación profesional.

- Completar el proceso de consolidación de la Oficina Intercultural Willaqkuna establecida en el hospital Bracamonte. Desarrollar un manual operativo de funcionamiento que defina claramente los roles y las funciones de los facilitadores interculturales.
- Coordinar con el SEDES y con el Ministerio de Salud la validación de la publicación *Indicadores y estándares de la calidad de los servicios de salud*. Proceder a la implementación de los mismos en algunos centros piloto de la región de Potosí y dar seguimiento a la iniciativa, estructurando un modelo de red de centros de salud interculturales, definidos y gestionados por los servicios municipales y departamentales de salud.
- Crear un sistema de referencia entre el nivel comunitario -familias y médicos tradicionales- y los servicios de 1er. y 2do nivel.
- Ofrecer apoyo técnico a la política del Ministerio de Salud en el modelo sanitario SAFCI.
- Capitalizar algunos logros, en particular la publicación del libro *Willaqkuna, Salud e Interculturalidad en Potosí*, que recoge las experiencias de la Cooperación Italiana en el ámbito de la salud intercultural de la tercera fase del programa y que podría constituirse en un manual didáctico para las actividades de formación.
- Coordinar estrategias y actividades con el programa PROHISABA de la Unión Europea, en el ámbito de la promoción de la medicina tradicional y de la calidad de los servicios.

Contribución neta del programa a las políticas públicas nacionales

Baudrillard, en su obra *La société de consommation - Ses mythes ses structures*, plantea un paralelo que creemos necesario destacar:

Como Marx decía de Napoleón III, ocurre que los mismos eventos se producen dos veces en la historia: la primera, tiene una trascendencia histórica real; la segunda, no es más que una re-evocación caricaturesca, la imagen grotesca que vive de una referencia legendaria. Entonces, el consumo cultural] puede ser definido como el tiempo y el lugar de la resurrección caricatural, de la re-evocación paródica de lo que ya no es -de lo que es "consumido" en el sentido primario del término (terminado y pasado). Esos turistas que salen en carro hacia el Grande Norte para repetir los gestos de la carrera hacia el oro, a los cuales se alquila una maza y una túnica esquimal para hacerles sentir el color local, esa gente "consume": consume en forma ritual lo que ha sido evento histórico, reactualizado a la fuerza como leyenda (Baudrillard, 1970; traducción libre).

Por varios años, Baudrillard ha alimentado nuestras incertidumbres sobre los conceptos de cultura y de industria cultural en las décadas postmodernas, además de intentar contagiarnos del optimismo de Antonio Gramsci (*"es cultural lo que es transmissible"*), insinúa también que un encuentro entre dos culturas está destinado a la extinción de una por mano de la otra:

Las culturas, tomadas en sí mismas, no se acercan sino con la lentitud de las placas geológicas. El sueño de reconciliarlas algún día es un absurdo. Desde el punto de vista universal -que es el nuestro- ellas no pueden ser más que exterminadas, incluso la nuestra. El lugar dejado, a no importa cuál cultura por parte de la incultura occidental, no puede ser más que el de la víctima (Baudrillard, 1995; traducción libre).

Sin embargo, a pesar de lo citado, las reformas en toda Latinoamérica se suceden día a día.

La década de 1990 ha sido, en América Latina, una década de reformas constitucionales. Siguiendo el ejemplo precursor de Nicaragua (1987), de Brasil (1988) y de Colombia (1991) son raros los países que no han transformado sustancial o completamente su constitución para definirse de una manera totalmente inédita como naciones pluriculturales y multiétnicas (Gros, 2008).

Es cierto, según el mismo autor, que las desigualdades sociales y los índices de pobreza aún no han sido afectados por estos procesos transformadores. Con todo, el enfoque intercultural del programa, a través de sus líneas de trabajo, ha dado vida a experiencias innovadoras y eficaces que contribuyeron al diseño de políticas públicas. Es, por ejemplo, el caso del SAFCI, lanzado por el Ministerio de Salud, vinculado -tanto por razones conceptuales como metodológicas- a la iniciativa de cooperación entre Bolivia e Italia realizada en Potosí, de la cual se destacan a continuación las experiencias principales, algunas de las cuales se analizan en detalle en otras partes de este libro.

La Oficina Intercultural Willaqkuna

La contribución de Willagkuna, como parte de los pasos para consolidar el SAFCI, radicó en que el personal asignado -facilitadores interculturales- se constituía en un nexo fundamental entre el establecimiento de salud, la familia y la comunidad, tomando en cuenta que un 80% de los usuarios del *jatun jampina wasi* Daniel Bracamonte provenía del área rural, y su acceso a los servicios convencionales de salud estaba limitado por factores socio-económicos y geográficos, además de idiomáticos y culturales. Willagkuna es parte de un modelo de salud familiar, comunitario e intercultural que garantiza la gestión compartida en salud y reconoce los derechos de los usuarios, respetando y valorando lo que la población siente, conoce y practica.

Postgrado en salud intercultural Willaqkuna

El personal formado determinó efectos importantes para el actual modelo de salud, ya que con su iniciativa se trabajó y puso en marcha la "residencia SAFCI", actualmente reconocida por su enfoque y su dimensión comunitaria.

El hospital de Tinguipaya

Constituye un punto de referencia a nivel nacional por ser uno de los primeros en adoptar un "nuevo

enfoque de ver la salud y hacer salud", una estrategia intercultural que articula y complementa las formas de atención convencionales existentes.

Se trata, sin duda, de una experiencia inicial de articulación de la biomedicina con la medicina tradicional a partir de la generación de espacios de identificación, reconocimiento y valoración mutua, procesos dinámicos en los que se capacita conjuntamente al personal biomédico y al tradicional; espacios de coordinación que posibilitan un trabajo ordenado y de esfuerzo compartido. En el modelo de gestión compartida en salud la comunidad no sólo es escuchada, sino también tomada en cuenta; su empoderamiento es real ya que implica la toma de decisiones y la participación en la planificación, ejecución, administración y seguimiento de lo propuesto a través de un proceso que considera sentires, saberes y prácticas de la comunidad y su concepción del proceso salud-enfermedad. Una visión medicalizada de la prestación de servicios que deviene en servicios de salud basados en un enfoque intercultural y holístico, adelantando, desde el momento de su planificación, los principios del modelo de salud SAFCI adoptado en 2008, como la participación social, la integralidad y la interculturalidad.

Conclusiones

No obstante las mencionadas limitaciones en su ejecución, el programa "Apoyo al desarrollo del siste-

ma socio-sanitario del departamento de Potosí" contribuyó positivamente a la introducción del enfoque intercultural, tanto a nivel del sistema local de salud como a nivel de la formulación de políticas nacionales, constituyéndose en un ejemplo del enfoque estratégico integrado, apropiado y comunitario de la Cooperación Italiana en salud.

Hay todavía muchos aspectos que necesitan ser oportunamente retomados y desarrollados para que puedan contribuir al diseño, a la implementación y a la consolidación de las políticas públicas, especialmente a nivel nacional. Es entonces indispensable promover y apoyar el proceso de institucionalización de las experiencias descritas y de aquellas nuevas que se desarrollarán dentro del mismo enfoque intercultural, con el necesario empoderamiento de los proyectos por parte de las instituciones nacionales y locales, y la paulatina renuncia del actor internacional en una dinámica que responda a los principios de la Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda internacional (OECD, 2005, cit.), y al consecuente Plan de Acción de Accra (OECD, 2008, cit.). El soporte a dicho proceso se tendrá que realizar mediante la fórmula del apoyo presupuestario –retomando y apoyando la formación y consolidación de redes regionales e internacionales– que permita compartir conocimientos y experiencias, explorando, asimismo, nuevos canales de solidaridad entre los pueblos.

Bibliografía

Baudrillard, J.

1970 *La société de consommation - Ses mythes ses structures*. Denoël

Baudrillard, J.

1995 *Fragments - Cool Memories 111 1991-1995*. Galilée

Bryson, J.M.

2004 "What to do when stakeholders **matter: stakeholder identification and analysis techniques** " in *Public Management Review*, vol.6(1), 21-53.

Cayuela, J.

1995 *Salud y desarrollo humano. Una experiencia de cooperación en atención primaria en salud en Chile*, Ministerio de Salud-Cooperación Italiana.

Fornabaio, R.

2003 **1 servizi sociosanitari in contesti interculturali : l'esperienza Willaqkuna-Potosí (Bolivia). Individuazione di un approccio metodologico per la sua replicabilità**, Università degli Studi di Milano - Bicocca, Facoltà di Sociologia, Milano.

Greco, G.,

2003 *L'approccio di rete come elemento strategico nella gestione delle iniziative di cooperazione alio sviluppo. Il caso di Potosí*, Università commerciale "Luigi Bocconi", Milano.

Gros, C.,

2008 **Demandas étnicas y políticas públicas en América Latina . Miradas cruzadas de Europa y América Latina** / Agosto 2008, N°7.

Levinger, B. e McLeod J.

2002 *a Hello, 1 Must Be Going: Ensuring Quality Services and Sustainable Benefits through Well-Designed Exit Strategies*, Newton Massachusetts: Education Development Center, Inc. Center for Organizational Learning (COLAD).

Levinger, B. e McLeod, J.

2002 *b Togetherness: How Governments, Corporations, and NGOs Partner to Support Sustainable Development in Latin America*, Washington DC: The Inter-American Foundation.

Luzj V., Lapenta A.

2009 **Proposta di intervento di cooperazione nel settore sociosanitario a Potosí – Rapporto di missione "Programma di sostegno alio sviluppo del sistema sociosanitario di Potosí (Bolivia) Fase III - AID 7240"**.

Ministero degli affari esteri

1989 La Cooperazione sanitaria italiana. Principi Guida, Direzione Generale per la Cooperazione alto Sviluppo, Roma, 29 abril 1989.

Ministero degli affari esteri

2007 Testo dell'audizione del Sottosegretario agli Esteri Donato Di Santo sullo svolgimento della III" Conferenza Italia-America latina e Caraibi. Camera dei Deputati - Commissione Affari Esteri (7 novembre 2007).

Ministero degli affari esteri

2009 Salute globale: Principi guida della cooperazione **italiana**, Direzione generale per la cooperazione alio sviluppo, Roma, Luglio 2009.

Missoni E., Castelli V., Lapenta A., Luzj V., Zangari A.

2008 Rapporto **di valutazione del "Programma di sostegno alto sviluppo del sistema** sociosanitario di **Potosí** (Bolivia) **Fase III - AID 7240"**.

Mitchell, K., Agle, B., Wood, D.

1997 "Toward a theory of Stakeholder **identification and salience: defining the** principie of who and what really counts" in *Academy of Management Review* 22(4) 853-886.

Nutt, P.

2002 *Why Decisions Fail: Avoiding the Blunders and Traps That Lead to Debacles*, San Francisco, Berrett-Koehler Publishers Inc.

OECD

2005 *Declaración de Paris sobre la eficacia de la Ayuda al Desarrollo* - Apropriación, Armonización, Alineación & **Resultados** y Mutua **Responsabilidad** - **Fuente Internet**.

OECD

2008 *Programa de acción de Accra* - 3ef Foro de Alto Nivel sobre la eficacia de la Ayuda al Desarrollo - **Fuente Internet**.

Undp

2005 *¿Cultura y Desarrollo? ¿Desarrollo y Cultura? Propuestas para un debate abierto*. Cuadernos del Pnud - Serie Desarrollo Humano N°9 (Raúl R. Romero Cevallos).

EL ENFOQUE INTERCULTURAL EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD MATERNA: UNA ESTRATEGIA DE APLICACIÓN*

Alessia Zangari

Antecedentes y justificación

En el año 2000, la comunidad internacional adoptó los Ocho Objetivos del Milenio como un marco para las actividades de desarrollo de más de 190 países. Entre estos objetivos se inscribe la disminución de la mortalidad infantil, cuya meta es reducirla en dos terceras partes en los niños menores de cinco años para el año 2015. Asimismo, el objetivo quinto plantea mejorar la salud materna mediante la reducción en tres cuartas partes de la tasa de mortalidad materna para el mismo año.

Diariamente mueren 1.500 mujeres debido a complicaciones del embarazo y del parto. Se calcula que en 2005 hubo 536.000 muertes maternas en todo el

mundo. La mayoría en los países en desarrollo y, gran parte de ellas, con posibilidades de haberse evitado'.

En Bolivia, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA) de 2003, el número de mujeres que fallecieron por causa del embarazo, parto y puerperio en los últimos años es de 230 por cien mil nacidos vivos'. Este indicador expresa no sólo la situación de salud sino la situación social del país. Aunque la cifra viene descendiendo significativamente, Bolivia continúa siendo el país con la mortalidad más alta de América Latina, cada año mueren aproximadamente 650 mujeres -2 cada día- por causas evitables'.

Durante el quinquenio 2003-2008, en Bolivia, el 66% de los partos fue asistido por un médico.

* Este artículo fue elaborado sobre la base de la sistematización de la experiencia del Proyecto realizada por Gloria Patscheider, Ineke Dibbitts y Mirela Armand-Ugon: *El Enfoque Intercultural en la atención de la Salud Materna: Un avance para las políticas públicas de salud*. Documentos de Investigación N° 2, Ministerio de Salud y Deportes, 2007.

¹ *Maternal mortality in 2005. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007.

² Esta estimación contrasta con la realizada previamente en la ENSA 1994 y equivalente a 390 muertes maternas por cada 100,000 nacimientos. Dada la magnitud de los errores de muestreo de las estimaciones de mortalidad materna a partir de encuestas por muestreo, no es prudente comparar directamente las dos cifras para estimar la magnitud de la reducción de la mortalidad materna. Por ejemplo, el error estándar relativo para la estimación a partir de la ENSA 2003 es de alrededor del 18%. El intervalo de confianza para la estimación sería 147-311 si a la estimación de 230 se le suma y resta 2 veces el error estándar ($2 \times 229 \times 0.18$). Es obvio, sin embargo, que la reducción ha sido considerable y significativa.

³ ENSA, Encuesta Nacional de Demografía y Salud, INE, La Paz: 2003.

Cuadro 1. Indicadores básicos

Porcentaje de nacimientos en los últimos cinco años cuyas madres :	1998	2003	2008
Recibieron atención prenatal por médico en el embarazo más reciente	59.4	70.2	77.2
Recibieron atención por médico durante el parto	52.9	55.9	65.8
Tuvieron el parto en establecimiento de salud	43.2	57.1	67.5

Cuadro 2. Indicadores de atención materna según departamentos

Departamento	Atención del parto por médico	Parto en establecimiento de salud	Sector público
Chuquisaca	65.7	72.5	71.0
La Paz	58.0	57.5	49.4
Cochabamba	63.6	64.0	51.5
Oruro	58.0	58.0	49.7
Potosí	42.3	47.2	45.0
Tarija	80.2	82.8	73.0
Santa Cruz	89.5	92.1	69.7
Beni	74.8	74.8	73.1
Pando	75.3	79.5	74.8
Total	65.8	67.5	56.8

FUENTE: ENDSA2008.

Las menores coberturas se encuentran entre las mujeres de más edad (56%), las multiparas (41%) y las que no tienen instrucción (35%). El nivel de atención de los partos con atención médica varía según las zonas del país, el 90% de Santa Cruz contrasta notablemente con el 42% de Potosí. El 67.5% de los partos fueron institucionales, mostrando un aumento de la atención en servicio del 11% respecto al ENDSA 2003. El 57% de los partos se realizaron en establecimientos del sector público, vale decir que del total de partos en establecimientos de salud, el 84% corresponde a este sector. Al igual que en el caso de los partos con atención médica, los menores niveles de tra-

tamientos institucionales se realizaron en Potosí (47%) y los mayores en Santa Cruz (92%)⁴.

Los datos de los cuadros anteriores revelan algunas de las más profundas inequidades en las condiciones de vida de las mujeres. Son un reflejo de su estado de salud en edad reproductiva, su acceso a los servicios, la calidad de la atención que reciben -que tiene entre sus causas la vulneración al derecho de decidir libremente tener o no hijos-, la violencia de género, la ausencia de servicios gubernamentales de información y la falta de provisión de anticonceptivos así como de políticas de educación de la sexualidad. Además, los datos reflejan las desigualdades y dificultades de acceso a los servicios

de salud reproductiva y a la incapacidad del sistema médico oficial para relacionarse sobre todo con la población rural y de origen indígena. Propiamente, los indicadores son el producto de la problemática de acceso de las mujeres a la atención del parto en el servicio de salud: en las áreas rurales los porcentajes oficiales de parto institucionalizado alcanzan, en algunos casos, cifras particularmente bajas (hasta el 20 y 30% del total).

Desde nuestro punto de vista, la sub-utilización de los servicios sanitarios biomédicos por parte de la mujer indígena responde, fundamentalmente, a la existencia de tres tipos de barreras: geográficas, económicas y culturales.

Barreras geográficas

La lejanía de muchas comunidades rurales de los establecimientos de salud es una de las causas de los altos índices de morbi-mortalidad materna y de las bajas coberturas del sistema público de salud. Gran parte de la población pobre y más vulnerable del país vive en las zonas rurales más alejadas de las regiones del altiplano, valles rurales y amazonia, donde la red vial y el sistema de comunicación son limitados. Para esta gente acceder a los servicios sanitarios es una empresa muy difícil, sobre todo en casos de emergencia, dada la distancia y la escasez de transporte. A las barreras geográficas **que limitan** el acceso a la atención de salud, se suma **también la** escasa oferta de servicios **en zonas rurales** por falta de recursos humanos, de infraestructura (en términos tanto de establecimientos de salud, cuanto de carreteras y medios de comunicación) y tecnológicos.

Barreras económicas

En la última década Bolivia ha dado pasos importantes hacia la gratuidad de la atención primaria, en particular de la salud materna, a través de medidas como el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI). Sin embargo, para las mujeres de las zonas rurales acceder al sistema sanitario implica, de cualquier modo, un gasto económico importante que no puede

ser cubierto por el sistema de salud, sobre todo si se toma en cuenta que, dada la lejanía de los establecimientos de salud, las mujeres se ven obligadas a interrumpir por varios días el trabajo en la chacra, dejar a sus animales e incluso a su familia. Este desplazamiento implica una importante pérdida económica y de tiempo.

Barreras culturales

Los factores culturales son otra de las barreras para el acceso a los servicios de salud. La experiencia muestra que aún cuando el Estado garantiza el acceso universal y gratuito a seguros de salud materno-infantil, las mujeres indígenas de zonas rurales continúan quedando al margen de estos avances (o no los aprovechan suficientemente). Las barreras culturales y lingüísticas dificultan la atención sanitaria de calidad y constituyen una causa directa de las altas tasas de mortalidad materna. La oferta pública de servicios de salud no toma en cuenta las expectativas, necesidades, saberes, tradiciones y cosmovisiones de las usuarias, las que a su vez refuerzan su resistencia a acudir a un centro de salud para buscar atención adecuada. Según la cosmovisión andina, cualquier experiencia ligada a los procesos de salud-enfermedad, en particular el parto, está inserto en un universo de creencias, tradiciones y prácticas que hacen de éste un ritual para la cultura indígena, mientras que para la cultura occidental se concibe sólo como una acción médica. Los distintos momentos de la maternidad: la fertilidad, la concepción, el embarazo, el desarrollo del feto, el nacimiento del bebé y la placenta están intrínsecamente vinculados a creencias propias de la cultura andina, que requiere de una atención diferente a aquella ofrecida en los servicios de salud.

Por otro lado, existe una fuerte percepción, ampliamente difundida entre las mujeres particularmente del área rural, respecto a la baja calidad del servicio biomédico que, sin duda, implica también la resistencia de las mujeres a realizar allí los controles prenatales, el parto o los controles de posparto.

A este hecho se suma que el control prenatal, el parto y el posparto realizados por el servicio de salud, además de adolecer de poca demanda por parte de las madres gestantes, no tiene la misma cercanía que la atención brindada por el sistema médico tradicional, representado por el/la partera/o. El uso que las comunidades indígenas hacen de la medicina tradicional es, por tanto, perfectamente coherente con su realidad cultural, económica, religiosa y lingüística.

Por lo mencionado, y con el propósito de mejorar el acceso de las mujeres a una atención de la maternidad más segura y más humana, el Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia junto a otras instituciones de salud, ha previsto y coordinado, en los últimos años, varios proyectos con el objetivo de definir una política y una propuesta de adecuación cultural de los servicios de maternidad.

Las experiencias han apuntado a **implementar** una estrategia de "atención de la maternidad, concertada e intercultural", que responda a la expectativa de las usuarias, del personal de salud biomédico y tradicional y de las autoridades. La estrategia se ha desarrollado sobre dos ejes de trabajo: a) desarrollo de vínculos entre los servicios institucionales de salud y el sistema médico tradicional, parteras y otros agentes de medicina tradicional en busca de aceptación, de respeto, de articulación y de coordinación entre los dos servicios; y b) adecuación de los protocolos de parto institucional y de los espacios de atención generados en numerosas instituciones de salud, priorizando la accesibilidad y la aceptación de los servicios por parte de la población.

Con el fin de coordinar y armonizar los diferentes esfuerzos, nació en 2004 la Mesa de Salud Intercultural del Ministerio de Salud y Deportes, encargada de producir lineamientos de trabajo articulados en materia de procedimientos de atención con enfoque intercultural, incorporando prácticas y conocimientos tradicionales, además de planes de salud de pueblos indígenas y originarios. Uno de los primeros objetivos de la Mesa fue la definición de una Estrategia de Adecuación Cultural del Parto que re-

cogiese las lecciones aprendidas de las experiencias realizadas para proyectarlas a nivel institucional. Por esta razón, la Mesa organizó en diciembre de 2004 el "Taller de Adecuación Cultural de la Maternidad" en Caiza D, Potosí, donde organizaciones no gubernamentales, organismos internacionales, equipos de salud y el Ministerio del área intercambiaron criterios y experiencias sobre la adecuación cultural de los servicios de atención materna. En 2005, los mismos actores participaron en Cochabamba en la jornada nacional sobre "Enfoques Interculturales para la Adecuación Cultural de la Maternidad".

Los intercambios y trabajos realizados en el Taller de Caiza D posibilitaron la elaboración en 2005 de la *Guía para la atención intercultural de la salud materna*, un trabajo de sistematización y concertación de ideas y recomendaciones operativas acerca de la adecuación de los servicios a la realidad sociocultural de la región.

Como resultado de las múltiples experiencias, el Ministerio de Salud y Deportes, en el marco de un convenio entre el Programa Nacional de Extensión de Coberturas (EXTENSA), del Banco Mundial, y el Programa de Apoyo a la Higiene y Salud de Base (PROHISABA), de la Unión Europea, inició el proyecto: "El enfoque intercultural en la atención de la salud materna: Propuesta para el desarrollo de una estrategia aplicativa", con una primera fase, entre octubre de 2005 y mayo de 2006, y una profundización y ampliación de la estrategia entre agosto de 2006 y febrero de 2007. El proyecto se potenció gracias a la creación, en 2006, del Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, bajo cuya tuición se continuó implementando la propuesta en 2007, en el marco del Modelo de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural del Ministerio de Salud y Deportes.

El proyecto representó un efectivo esfuerzo de superación de las barreras culturales que condicionan y limitan el acceso de las mujeres al servicio público y que son causa indirecta de los altos índices de mortalidad materna-infantil. A través de éste, el Ministerio de Salud recogió y se benefició de todos

los resultados positivos de las experiencias previas, hecho que le permitirá poner en marcha el paradigma intercultural en la atención materna.

Marco normativo de salud materna

En Bolivia, el servicio público de salud se caracteriza por bajos índices de cobertura en cuanto a las prestaciones, limitaciones en la accesibilidad de los servicios y mala calidad en la atención de la población indígena y rural. Con el fin de mejorar esta situación, el Estado realizó estudios y análisis y ha puesto en marcha políticas y estrategias, como los seguros públicos de salud.

La existencia de seguros públicos en el país se remonta a los años 90, con la creación de Fondos Comunitarios de Salud en los municipios de Tupiza, Patacamaya, Capinota y Viacha. En julio de 1996, mediante Decreto Supremo N° 24303, se lanzó el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, con carác-

ter gratuito y dirigido a las mujeres gestantes, los recién nacidos y los niños menores de cinco años con el objetivo de reducir los índices de mortalidad materna y neonatal. Como consecuencia de la implementación de este seguro, se incrementaron tanto la atención de partos como las consultas prenatales y atenciones pediátricas de IRAS Y EDAS.

El Seguro Básico de Salud se creó con la promulgación del Decreto Supremo N° 25265 de 31 de diciembre de 1998 y estuvo vigente hasta el 31 de diciembre de 2002, como un servicio público de acceso universal para la población objetiva, destinado a otorgar prestaciones esenciales en salud con calidad y adecuación cultural. A través de él se otorgaban 102 prestaciones, incluyendo a los programas nacionales, y se amplió el servicio a la población que habitaba en zonas endémicas. Todas sus acciones estaban orientadas a reducir la mortalidad materna, en el neonato y en los menores de cinco años.

EVOLUCIÓN DE LOS SEGUROS PÚBLICOS

Característica	Seguro Nacional de Maternidad y Niñez	Seguro Básico de Salud	Seguro Universal Materno Infantil
Población objetivo	Mujeres embarazadas y niños menores de 5 años	Mujeres embarazadas y niños menores de 5 años. Población general para ciertas prestaciones.	Mujeres embarazadas hasta 6 meses después del parto y niños menores de 5 años.
Prestaciones Otorgadas	32 correspondientes al I y II nivel de atención	92 intervenciones correspondientes al I y II nivel de atención. Incluye prestaciones de los programas para población general.	Universal, con pocas exclusiones.
Financiamiento	3.2% del 85% de coparticipación tributaria.	6.4% del 85% de coparticipación tributaria	10% de coparticipación tributaria. 10% del Fondo Solidario Nacional.
Origen de Recursos	Per cápita a los municipios	Per cápita a los municipios	Per cápita a los municipios más demanda del Fondo Solidario Nacional.
Mecanismo de pago	Pago por prestación otorgada	Pago por prestación otorgada	Pago por prestación otorgada

Por Ley de la República N° 2426 de 21 de noviembre de 2002 y como política de Estado se creó el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) con carácter universal, integral y gratuito para el grupo beneficiario. Este seguro otorga prestaciones de salud en todos los niveles de atención con carácter obligatorio y coercitivo en el sector público, seguro social de corto plazo y establecimientos adscritos bajo convenio. Su artículo 8 plantea la adecuación de los servicios, señalando que "las prestaciones del SUMI en los tres niveles de atención se adecuen a los usos, costumbres, idiomas y lenguas de los pueblos campesinos, indígenas y originarios respetando la identidad, base cultural y el enfoque de género".

En 2001, el Ministerio de Salud y Deportes, mediante Resolución Ministerial N° 0496, promovió la inclusión de 18 prácticas y tecnologías apropiadas (conductas, procedimientos, instrumentos y suministros médicos) en la práctica asistencial obstétrica y neonatal de los establecimientos de salud públicos y privados. Se trata de la inclusión de prácticas positivas para la promoción de la salud materna e infantil que toma en cuenta aspectos de calidad y calidez de la atención brindada a la mujer durante el parto, como la reducción al mínimo de las intervenciones, la presencia de un familiar de la embarazada, la ingestión de líquidos, la eliminación del uso rutinario del enema y rasurado del vello púbico, la restricción en la práctica de la episiotomía y la devolución de la placenta a las madres puérperas que lo soliciten o acepten, entre otros.

Estas prácticas son coherentes con los diez principios del cuidado perinatal de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que establecen que el embarazo y parto normales deben:

- 1 No ser medicalizados, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser previsto utilizando un conjunto mínimo de intervenciones necesarias y aplicando la menor tecnología posible.
- 2 Ser atendidos con la tecnología apropiada, lo que se define como un conjunto de acciones

que incluyen métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas, todas aplicadas a la resolución de un problema específico. Este principio está dirigido a reducir el uso excesivo de tecnología o la aplicación de tecnología sofisticada o compleja cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o aún superiores.

- 3 Ser atendidos con base a la mejor evidencia científica disponible y por estudios controlados autorizados, cuando sea posible y apropiado.
- 4 Estar regionalizados y basados en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciarios.
- 5 Ser atendidos de manera multidisciplinaria, con la participación de profesionales de la salud como parteras, obstetras, neonatólogos, enfermeras, educadores del parto y de la maternidad y cientistas sociales.
- 6 Ser considerados de manera integral, tomándose en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias y no solamente un cuidado biológico.
- 7 Estar centrados en las familias y dirigidos hacia las necesidades no sólo de la mujer y su hijo sino de su pareja.
- 8 Ser apropiados, teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos.
- 9 Ser atendidos tomándose en cuenta la toma de decisión de las mujeres.
- 10 Atender respetando la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

Estos principios aseguran la protección, la promoción y el soporte necesarios para lograr un cuidado perinatal efectivo. Debiendo ser incorporados en los materiales técnicos así como también **en las** herramientas de monitoreo y evaluación de la Oficina Regional Panamericana de la OMS (PAHO).

En Bolivia, el SUMI y otros seguros de salud han logrado sólo parcialmente incrementar las coberturas, lo que ha motivado la profundización del debate sobre la problemática de las barreras culturales. A partir de ello, el conocimiento, la valorización y la articulación con la dimensión cultural, lingüística y con los saberes y prácticas tradicionales relacionadas con los procesos de salud y enfermedad de las culturas indígenas del país han sido considerados como instrumentos de acción del Estado boliviano para hacer frente a los bajos indicadores de morbi-mortalidad de la población.

Con esa visión, el Plan Estratégico de Salud 2006 - 2010 del gobierno boliviano, que asume como línea de acción el fortalecimiento de la participación social con el fin de reducir las inequidades y mejorar el acceso de la población a los servicios de salud, está llevando adelante la implementación del "sistema único de salud con acceso universal, respetuoso de las culturas originarias y enriquecido con la medicina tradicional; inclusivo, equitativo, solidario, de calidad y descentralizado; conducido y liderado por el Ministerio de Salud y Deportes; que actúa sobre los determinantes de salud, con participación de una población con hábitos saludables comprometida con la actividad física y deportiva, organizada y movilizadora por el ejercicio pleno de su derecho a la salud, que vive bien". La política planteada para cumplir estos objetivos es la del Sistema único, Intercultural y Comunitario de Salud, cuya estrategia es la universalización del acceso y la priorización de la atención primaria. Este modelo hace hincapié en la participación social en la gestión de salud como un mecanismo privilegiado para entender y ejercer la interculturalidad. En el marco de este modelo, la interculturalidad se define como "...el enfoque social comunitario en el que se inscriben el diálogo, el respeto, el reconocimiento, la valoración e interacción de los diferentes sistemas médicos y actores/as sociales de la salud, promoviendo procesos de articulación y complementariedad para mejorar la calidad de atención en salud." (Inciso 1.1)

En el marco del cumplimiento del Plan Estratégico, se aprobó en 2006 el documento técnico normativo *Protocolos de Atención Materna y Neonatal Culturalmente Adecuados*, elaborado con la finalidad de articular los conocimientos y prácticas médicas de la biomedicina, la medicina tradicional y la de las comunidades andinas rurales a objeto de brindar una atención humanizada e integral en los servicios de salud de primer nivel, donde el personal de salud, las parteras y las mujeres deben concertar sobre los procedimientos de atención materna y neonatal que las usuarias anhelan recibir. Estos Protocolos son el resultado del reconocimiento colectivo e institucional de que la salud constituye un equilibrio entre lo fisiológico, lo psicológico, lo social y lo espiritual.

A pesar de los avances en la normativa nacional, como señala en su introducción el actual Modelo de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (SAFCI), "... el Sistema Nacional de Salud nunca ha asumido la cosmovisión sanitaria de los pueblos indígenas y originarios, al contrario, ha ejercido represión y desprecio por el saber ancestral y por los usos y costumbres tradicionales, siendo esta situación una de las causas de la exclusión y marginación en salud. Los intentos de recuperación sociocultural fueron insuficientes."

El Bono Juana Azurduy representa el emblema de las contradicciones y dificultades existentes en la implementación del modelo de salud intercultural, ya que tiene como objetivo central la prevención y resolución de las complicaciones derivadas del embarazo, parto y puerperio a objeto de evitar la mortalidad infantil, materna y la desnutrición. Sin embargo, no contempla la articulación con la medicina tradicional y deja de lado la figura, importantísima para la salud materna, de la partera tradicional. Además, no ofrece posibilidad de mejoramiento de la calidad de la atención y de la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud -que sigue siendo muy baja- ni permite a las mujeres indígenas decidir qué tipo de atención prefieren.

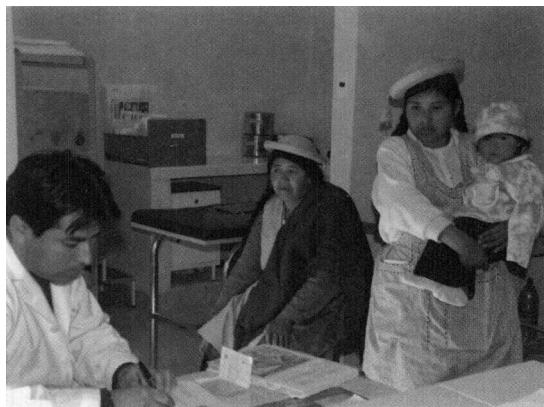
Estrategia de adecuación cultural de la maternidad

La actual política nacional de salud reconoce que para reducir los altos índices de morbi-mortalidad materna y neonatal es importante generar avances en el modelo intercultural de atención materna del sistema médico oficial. La adecuación cultural de los servicios de salud representa, entonces, una estrategia fundamental para superar las barreras culturales que dificultan el acceso de las mujeres a los servicios sanitarios. Es prioritario ofrecer una atención de calidad a mujeres y niños, que refleje sus expectativas, necesidades, tradiciones y cosmovisión asegurando el disfrute del derecho a la salud de toda la población en el marco del reconocimiento y respeto de la diversidad de creencias y prácticas culturales con relación al embarazo, al parto y al puerperio.

El mejoramiento de las condiciones de vida de los pueblos indígenas y originarios será posible a través de la puesta en marcha de una estrategia de humanización de la atención, así como de la adecuación cultural de los servicios a sus costumbres, usos, creencias y lenguas.

El proyecto de Aplicación del Enfoque Intercultural en la Atención de la Salud Materna (2005-2007), del Ministerio de Salud y Deportes, apuntaba justamente a este objetivo: convalidar una estrategia de adecuación cultural de la atención de la salud materna. La iniciativa fue llevada adelante por un equipo multidisciplinario conformado por profesionales del área de la salud y del área social (antropólogos, pedagogos y sociólogos), con experiencia en temas de salud pública, en general, y salud materna e interculturalidad, en particular, investigación social, capacitación de adultos, planificación, gestión y monitoreo.

La misión del proyecto era impulsar un cambio en las formas de atención de la salud materna, en el marco del respeto a la diversidad cultural y a los derechos de las mujeres, a través de la capacitación de



La presencia de la partera tradicional en un centro de salud de Tarifa.
© Giuseppe Iamele. PROHISABA

recursos humanos, el fortalecimiento de la gestión institucional y participativa en salud, y el diseño de un modelo de atención integral de la salud materna con enfoque intercultural.

Objetivo general

Desarrollar un modelo de atención integral de la salud materna con enfoque intercultural, validado y aplicable en todo el territorio nacional, que implique la participación activa de la comunidad y de autoridades departamentales y locales, así como de los proveedores formales y tradicionales en los planes de intervención específicos para cada servicio de salud.

Objetivos específicos

Mejorar la sensibilidad, capacidades y destrezas del personal de salud para la atención intercultural.

Consolidar la aplicación del enfoque de salud intercultural en redes de salud y en municipios rurales.

Fortalecer la gestión institucional elaborando recomendaciones para un modelo de gestión intercultural de la atención de la salud materna con participación de los actores departamentales y locales.

Área de intervención

Las áreas de intervención del proyecto de Adecuación Intercultural de la Atención de la Salud Materna fueron seleccionadas con base a los lugares de

intervención de EXTENSA (La Paz, Oruro, Santa Cruz, Cochabamba) y aquellos de selección del PROHISABA (Tarija y Potosí), siendo ambos programas los financiadores.

Departamento	Municipio	Establecimientos de Salud	
Santa Cruz	Samaipata	Hospital Samaipata	P.S. Cuevas
		C.S. Santiago del Valle	P.S. Bermejo
	Mairana	Hospital Marrana	P.S. Hierba Buena
		P.S. Mendiola	
	Quirusillas	C.S. Quirusillas	
	Pampa Grande	C.S. Los Negros	P.S. Matara)
		P.S. Pampa Grande	P.S. Santa Rosa de Lima
	Pazña	C.S. Pazña	C.S. Peñas
		C.S. Totoral	
		C.S. Huari	P.S. Vichajlue
Oruro	Huari	C.S. S. Pedro de Condo	P.S. Castilla Humana
		PS Urmiri de Quillazas	
	Quillacas	C.S. Quillazas	C.S. Sevaruyo
	Challata	C.S. Ancacato	C.S. Cruce Culta
	Pocoata	C.S. Pocoata	C.S. Huancarani
		C.S. San Miguel de Cari	C.S. Alcarapi
	Belén de Urmiri	C.S. Belén de Urmiri	C.S. Puituco
	Tomave	C.S. Tomave	C.S. Yura
		C.S. Tica Tica	
	Porco	C.S. Porco	P.S. Agua de Castilla
Potosí	Sacaca	C.S. Sacaca	P.S. Pichuya
		P.S. La Umana	P.S. Sillu Sillu
	Cariño	C.S. Cariño	C.S. Janco Janco
	Colquechaca	C.S. Colquechaca	C.S. Uluchi
		C.S. Macha	
	Mizque	Hospital Mizque	P.S. Tucma Alta
		P.S. Kuri	C.S. Tin Tin
	Alalay	C.S. Alalay	
	Vila Vila	C.S. Vila Vila	
	Capinota	Hospital Capinota	C. S. Hornoma
Cochabamba	Capinota	C.S. Aillama	C. S. Charamoco
		C.S. Santibáñez	P.S. Huañacota
	Santibáñez	P.S. Caacani	P.S. La Pampa
		C.S. Quime	C.S. Coquetanga
	Quime	P.S. Pongo	
	Inquisivi	P.S. Ventilla	
	Sapahaqui	C.S. Sapahaqui	P.S. Khola
		C.S. Caracato	
	Luribay	C.S. Luribay	P.S. Pucuma
		P.S. Azambo	
La Paz	Yunchará	C.S. Yunchará	C.S. Pasajes
		P.S. Tojo	
	El Puente	C.S. Iscayachi	P.S. Carrizal
		C.S. El Puente	
	Entre Ríos	C.S. Potrerillos	P.S. Timboy
		C.S. Palos Blancos	P.S. Ñaurenda
		Hospital Entre Ríos	P.S. Lagunitas
		P.S. Puerto Margarita	
6 Departamentos	27 Municipios	81 establecimientos de salud	

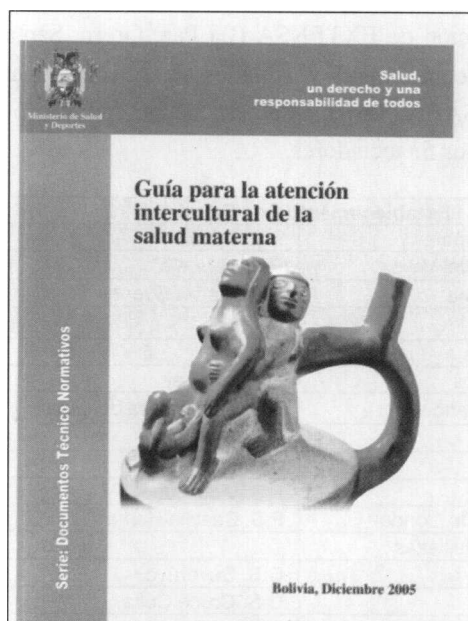


Imagen de la *Guía* (portada)

Bases conceptuales y operativas del proyecto

El proyecto tomó como base conceptual y operativa la *Guía para la atención intercultural de la salud materna*, elaborada en 2005 por el Ministerio de Salud, tomando en cuenta la normativa nacional y las recomendaciones de la OMS para la atención del parto normal. Esta Guía representa un instrumento de referencia para la orientación operativa de los equipos de salud en el proceso de mejora de sus acciones en el área de atención a la maternidad; parte del principio de que las mujeres y sus familias son protagonistas del cuidado de su propia salud.

En efecto, la Guía y su contenido ha sido utilizada y aplicada por todo el personal de salud (médicos, enfermeras y auxiliares) que atiende partos; proporcionando instrumentos que coadyuvan a responder mejor a las expectativas de calidad de atención de la población y, por tanto, a reducir la morbi-mortalidad materna e infantil.

La Guía ofrece instrumentos -recomendaciones- para la aplicación del enfoque intercultural durante todas las fases de atención de la salud materna: el embarazo y el control prenatal, la **atención** del parto, el puerperio y la atención del recién na-

cido, además de estrategias de adecuación cultural de los establecimientos de salud. Cada capítulo está organizado en distintos acápites: "Situaciones-problemas", que muestra las barreras culturales y de calidad que dificultan el acceso de las usuarias a un establecimiento de salud; "Algunas experiencias", que presenta innovaciones realizadas por equipos de salud que buscan soluciones a las problemáticas tratadas y descritas en el acápite anterior, a objeto de mostrar que, en el tema de la adecuación cultural, es posible innovar con éxito sin olvidar el cuidado de la salud de la población; por último, en el acápite "Recomendaciones", se detalla una serie de sugerencias operativas sobre cómo relacionarse con las usuarias y sus familias para garantizar la adecuación cultural de los servicios.

La Guía ofrece múltiples sugerencias:

- Relacionarse en el idioma de la región;
- brindar información a toda la familia sobre lo que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio;
- educar para el reconocimiento de signos de alarma para actuar de forma oportuna;
- conocer y respetar los rituales de la comunidad para el parto y postparto;
- mantener el ambiente de parto caliente (sin corriente de aire);
- ofrecer mates calientes a la parturienta durante y después del trabajo de parto;
- permitir que la parturienta no cambie de ropa durante el trabajo de parto;
- permitir que algún acompañante participe en todo el proceso de parto;
- realizar exámenes físicos, como el tacto, previo consentimiento de la mujer;
- apoyar a la mujer en el alivio del dolor a través de masajes y fricciones;
- permitir que la parturienta elija el lugar del parto (si se trata de parto natural domiciliario o en el establecimiento; en la sala de parto tradicional o en la sala de ginecología);
- permitir que la parturienta elija la posición que quiera para dar a luz;

- **permitir que la mujer elija quién quiere que la atienda;**
- **restringir el uso de episiotomía;**
- **ofrecer la placenta a la mujer y su familia.**

El proyecto se basó, conceptual y operativamente, en esas recomendaciones, intentando aplicarlas concretamente. Se entregaron a los equipos de salud instrumentos y habilidades técnicas en la perspectiva de proporcionar una guía abierta y aplicable a los diferentes contextos geográficos y culturales, y no un protocolo único que fije los pasos de atención de manera estandarizada.

Actividades del proyecto

La apuesta estratégica del proyecto fue la "formación-acción", dirigida al personal de salud y a los médicos tradicionales, aportando elementos teóricos y prácticos para la aplicación de las recomendaciones en los lugares de trabajo. En efecto, la formación ha sido uno de los puntales del mismo y se encaró a través de tres tipos de acciones: talleres de capacitación en interculturalidad, capacitación práctica en atención de parto humanizado/intercultural y talleres de evaluación. A estas fases de formación le siguió una fase práctica de acción, o de implementación, del enfoque intercultural a través del asesoramiento técnico en terreno para la puesta en marcha de planes de intervención en cada uno de los establecimientos de salud beneficiarios de la iniciativa.

La estrategia de acción del proyecto se estructuró alrededor de dos ejes principales.

a) Eje deformación

- Taller **de interculturalidad**, para personal sanitario y médicos tradicionales, que tuvo como objetivo aportar elementos conceptuales teórico/prácticos para la incorporación del enfoque intercultural en la atención de la salud materna. Para el objeto, se elaboró el *Manual para faci-*

litadores/as de capacitación en la atención intercultural de la salud materna, que orientó el trabajo de los miembros del equipo que implementaron los talleres de interculturalidad y salud materna. El manual proporcionó los contenidos, la metodología participativa y los instrumentos para el desarrollo de los temas y actividades (socio dramas), recomendándose tomar en cuenta las particularidades de cada contexto sociocultural y área geográfica.

Los contenidos, incluidos en la capacitación de los talleres de interculturalidad que se desarrollaron a lo largo de tres días, fueron:

- Cultura en la vida social.
- Síntomas del choque cultural.
- Prejuicios o estereotipos.
- Cualidades para la comunicación intercultural.
- Salud, interculturalidad y modelos de atención en salud.
- Los colores como expresión de diversidad.
- Cuidados durante el embarazo desde la prospectiva biomédica y de la medicina tradicional.
- Prácticas tradicionales de atención a la embarazada.
- Análisis de la *Guía para la atención intercultural de la salud materna*.
- Atención intercultural y la articulación del sistema biomédico con el sistema tradicional.
- Identificación de riesgos de salud.
- Competencias de negociación;
- Articulación con el sistema biomédico.

Habiendo detectado que las dificultades y temores expresados por el personal de salud, principalmente los/as médicos/as, estaban relacionados con el hecho de que su formación académica no les había preparado para una atención intercultural, se implementó en la segunda fase del proyecto **un componente de capacitación práctica en atención humanizada/intercultural del parto.**



Taller de capacitación en Cochabamba © Gloria Patscheider.

Este componente, llevado a cabo por dos profesionales con amplia experiencia y con formación específica en el tema, un gineco-obstetra y una licenciada en enfermería, tuvo características novedosas por cuanto combinó la realización de talleres de capacitación participativos con elementos audiovisuales y demostraciones prácticas, así como la atención de partos en servicio durante su estadía de varios días en cada uno de los lugares visitados. La presencia permanente de los facilitadores en el establecimiento permitió un diálogo constante y dinámico con el personal de salud, que se sintió motivado por el enfoque. El programa fue implementado en seis hospitales de cabecera de Red con un alto número de atenciones de parto, uno en cada departamento, y aglutinó, como pasantes y por turnos, al personal de los establecimientos priorizados en la región.

Otro aspecto de la capacitación se basó en los talleres de evaluación capacitante, realizados por el personal de salud previamente preparado y con el objetivo de reforzar su capacitación, al mismo tiempo realizar una autoevaluación sobre la aplicación del enfoque de interculturalidad. En los talleres se realizó un trabajo de análisis individual y colectivo recogiendo la opinión de

cada **uno sobre los avances**, logros y dificultades **en la implementación de la estrategia**.

Para todos estos procesos se utilizó como punto de referencia conceptual y operativo las recomendaciones de la *Guía para la atención intercultural de la salud materna*, con el objetivo de facilitar el consenso sobre cambios en la atención de la salud materna por parte de proveedores de ambos sistemas, en el marco del respeto a la autodeterminación de las mujeres y sus familias.

b) Eje de acción

- El paso siguiente a la capacitación fue el apoyo y asesoramiento técnico en terreno a los equipos de salud de los establecimientos seleccionados en la elaboración del propio plan de intervención, con el fin de poner en práctica lo trabajado en la formación y adelantar la elaboración de un modelo de atención integral, incorporando en el servicio de salud el enfoque de interculturalidad. En la definición de los planes participaron, en algunos lugares, autoridades municipales, locales, y médicos tradicionales. En total se elaboraron 81 planes de intervención, cada centro de salud definió dentro de su plan diversos tipos de acciones relacionadas con la autoevaluación, la



Oruro, 2° día d
Patscheider

oarteras © Gloria



Oruro, demostración de manteo durante el Taller. © Gloria Patscheider.

articulación con actores locales, el equipamiento y la infraestructura:

- *Acciones de autoevaluación de la incorporación de nuevas prácticas*

Para consolidar la incorporación en los servicios de salud de las recomendaciones contenidas en la *Guía para la atención intercultural de la salud materna*, se capacitó al personal en el manejo de fichas de autoevaluación para ser llenadas después de haber atendido un control prenatal o un parto en servicio o a domicilio.

- *Acciones de articulación y coordinación*
Otro aspecto de los planes de intervención consistió en actividades de relacionamiento y de apoyo mutuo con parteros y parteras del área de influencia del establecimiento, así como en la articulación con autoridades municipales, organizaciones y líderes locales.

- *Equipamiento e infraestructura*

Tanto la infraestructura como el equipamiento, factores coadyuvantes para la atención intercultural, fueron tomados en cuenta en los planes, identificando los recursos existentes así como las necesidades de complementación, definiendo las gestiones necesarias

ante las instancias gubernamentales locales, regionales y nacionales para conseguir el apoyo faltante.

Otro de los objetivos del plan consistió en involucrar de manera directa a las instituciones locales (Municipio, DILOS, Red) y departamentales (SEDES), para asegurar la continuidad y sostenibilidad de la iniciativa. Para ello, se definieron los indicadores de monitoreo, desarrollando un proceso de seguimiento en el terreno de la aplicación del enfoque de interculturalidad. Estos indicadores consideraban las siguientes dimensiones:

- Modificaciones en la organización y funcionamiento de los servicios.
- Datos de acceso, cobertura y producción.
- Satisfacción de las usuarias y sus familias con respecto al servicio brindado.
- Opiniones del equipo de salud.
- Opiniones de autoridades y líderes de la comunidad
- Otros.

Por último, dentro de este eje de acción se realizaron también acciones de transferencia de la estrategia a las instituciones departamentales, a fin de que los SEDES pudieran contar con personal



La Paz, componente de parto humanizado del Taller. © Gloria Patscheider.



Potosí, elaboración del Plan de Intervención. © Gloria Patscheider



Cochabamba, equipamiento para sala de parto tradicional. © Gloria Patscheider

informado, fortalecido y con instrumentos para la aplicación del principio de interculturalidad en la atención de la salud materna.

Por otra parte, se realizaron gestiones de fortalecimiento de la gestión institucional en los SEDES y en los municipios a través de reuniones de análisis y trabajo. Estas actividades se iniciaron en el nivel departamental (SEDES), identificando la posición de las autoridades respecto de la política de interculturalidad.

Metodología de trabajo

Un aspecto interesante e innovador de la estrategia de atención intercultural de la salud materna fue la metodología utilizada para el seguimiento de los avances en la aplicación del enfoque intercultural y, concretamente, de las recomendaciones de la Guía. La metodología en cuestión es la de la autoevaluación realizada por el centro de salud acerca de sus prestaciones y de la incorporación de nuevas prácticas. Para el efecto se elaboraron fichas de autoevaluación, las mismas que fueron llenadas por el personal de salud después de haber atendido un control prenatal o un parto en servicio o a domicilio.

Las fichas fueron diseñadas con el objetivo de "obligar" al personal de salud a analizar el proceso de la atención brindada, haciendo énfasis en la

evaluación propia, identificando aspectos que anteriormente no tenían tanta prioridad o que no se contemplaban. Asimismo, el llenado de cada ficha implicaba "hacer memoria" de aspectos planteados en la capacitación y en la Guía. Por otra parte, la recolección de datos permitió al equipo del proyecto conocer a fondo los problemas que aún existen, revelar algunos aspectos de la atención que están brindando y analizar la manera cómo el personal se refiere a aquellos. En otras palabras, las fichas de autoevaluación ofrecen una fotografía del estado de la calidad de la atención de la salud materna, que muestra los límites y fortalezas del sistema sanitario nacional.

Si bien el llenado de formularios fue considerado por algunos miembros del personal de salud como una pérdida de tiempo, los datos incluidos en los mismos permitieron comprobar que en la mayoría de los puestos y centros de salud, involucrados en el proyecto, el número de atenciones es relativamente bajo; por lo que existe disponibilidad de tiempo para llenar las fichas después de un control prenatal o después de la atención de un parto, sea éste en domicilio o en servicio.

Las fichas de autoevaluación fueron un instrumento útil de medición de los resultados e impacto de lo aprendido por el personal de salud en los talle-

res de interculturalidad y de capacitación práctica. Permitieron evaluar la capacidad y dificultad del sistema sanitario para poner en práctica el enfoque intercultural en la atención de la salud materna. En el transcurso del proyecto, el personal de salud de los 81 puestos y centros llenó, en el lapso de un año, un total de 864 fichas de autoevaluación, las mismas que sirvieron, por un lado, para mejorar la calidad de las prestaciones de los equipos de salud y, por el otro, para proporcionar datos comparativos importantes y útiles de cara a la elaboración de políticas públicas de salud. Los datos extrapolados de las fichas ofrecen un mapeo geográfico de los avances de la implementación de la estrategia y, al mismo tiempo, información sobre los beneficios y limitaciones de la aplicación de las recomendaciones de la Guía.

Resultados de la iniciativa

Aplicación del enfoque intercultural en la atención de la salud materna y calidad de los servicios

Con el fin de acompañar el proceso de implementación de los planes de intervención para la incorporación del enfoque de interculturalidad en la atención de la salud materna, el equipo del proyecto realizó visitas periódicas de seguimiento en terreno a cada

uno de los establecimientos priorizados por la estrategia. Gracias a instrumentos de seguimiento se registró información sobre los datos de las fichas de autoevaluación, el grado de avance de los planes y la respuesta del personal de salud así como de la población local respecto de la implementación de la estrategia de interculturalidad en la atención de la salud materna. En las visitas, además, se contribuyó a reforzar la implementación de las recomendaciones de la *Guía para la atención intercultural de la salud materna*, despejar dudas y analizar alternativas, además de apoyar gestiones ante autoridades comunales y municipales.

Los resultados de este proceso de seguimiento fueron sistematizados en 2007 en el "Documento de Investigación N° 2" del Ministerio de Salud y Deportes, donde se muestran los cambios que, si bien no son homogéneos en todas las zonas y han presentado altibajos y diferentes tipos de tropiezos, son significativos en cuanto a su proceso evolutivo.

Entre los resultados se encontró que, durante el periodo de la ejecución del proyecto, el 35% de los establecimientos donde se aplicó la estrategia de interculturalidad comenzó aplicando algunas de las principales recomendaciones de la Guía, aunque no todas ni de forma sistemática (MSD, 2007). Este porcentaje supone una cantidad considerable de establecimientos en los que de a poco se va cambiando de paradigma en la atención materna. Uno de los aspectos adoptados con mayor facilidad fue el diálogo con la usuaria y el respeto a su decisión en cuanto a la presencia de familiares, tanto en los controles prenatales como en el parto, el parto y el postparto. También hubo aceptación a las formas de alivio del dolor, respeto a los rituales referidos a la placenta y, poco a poco, la introducción de la atención del parto en posición vertical.

...siempre preguntamos a la mujer como quiere dar a luz... tampoco el doctor le obliga a tener en la cama ginecológica, sino se le pregunta donde... muchas veces tenemos partos en la sala de internación, separamos con panel la cama y allí tiene



Potosí, evaluación capacitante. © Gloria Patscheider

lugar el parto... en su frazada o aguayo... (Jacoba Yucra, Auxiliar de enfermería, Centro de Salud Tica Tica, Tomave, Potosí, 2009).

Los avances en la predisposición del personal de salud para valorar la voluntad y la costumbre de la mujer y de sus familiares, constituyen un aspecto fundamental para el mejoramiento de la relación entre personal de salud y usuarios del centro, que implica, a la larga, una mayor cobertura de las prestaciones y mejores condiciones de vida para la población.

Si aun con el pasar del tiempo, el personal de salud guardara poca memoria del proyecto y abandonara algunos de los compromisos definidos en el plan de intervención, se habrá interiorizado y hecho propio algunos aspectos importantes -las recomendaciones de la Guía-, que hacen más humana la atención del embarazo, parto y postparto. En menor o mayor medida y con menor o mayor convicción, el personal sanitario que participó en el proyecto acepta y entiende la necesidad de superar los límites culturales y profesionales con el fin de asegurar un trabajo de calidad en y para la comunidad.

En la mayoría de los establecimientos de salud visitados para la redacción de este artículo, se pudo constatar que el personal de salud respeta la preferencia de la mujer acerca del lugar del parto (en el servicio o en domicilio), la posición de parto (de cuclillas, de rodillas, sentada o echada) y considera positivo comunicarse en el idioma nativo. De la misma manera, no considera como un obstáculo la presencia durante el parto de un familiar de la parturienta, ofrecer mates calientes, o dejar que ella satisfaga sus necesidades según sus costumbres y tradiciones (alivio del dolor, masajes, fajado, devolución de la placenta). En otras palabras, se siguen implementando algunas de las recomendaciones de la Guía.

Hay otra forma de pensar... se trata de hacer la atención más humana a la gestante y parturienta... hoy gracias a la capacitación trabajamos con ojos

diferentes, o sea, aceptamos la diferencia... aún si hemos sido formados de otra manera, entendemos que esta gente diferente se merece nuestro respeto... y a pesar de que no estamos de acuerdo con algunas cosas tenemos que abrir los ojos ante cualquier necesidad que ellos tengan... (Dr. Choque, Director Centro de Salud Los Negros, Santa Cruz, 2009).

...tenemos al fondo una habitación pequeña donde atendemos partos, la hemos adaptado, aquí ya no se atiende el parto médico en la cama ginecológica, sino le damos a la mamá la opción de poder ella elegir la posición en la cual quiere tener el parto... allí está el colchón, la colchoneta, incluso varios instrumentos que nos han donado al centro de salud... (Dr. Julio Quispe, Director Centro de Salud Sapahaqui, La Paz)

Los datos muestran que un 21 % de los equipos de salud atiende partos con interculturalidad en domicilio. Si bien esta práctica en muchos lugares ya estaba presente por la presión social ejercida por la familia y la comunidad, basándonos en los testimonios del personal de salud (fichas de autoevaluación) se puede constatar que se van superando los síntomas de choque cultural que existían en un principio, y el personal comprende mejor el por qué de ciertas elecciones y las acepta con respeto. En efecto, es interesante constatar que, como resultado de la aplicación de la estrategia de adecuación intercultural, cada vez con mayor frecuencia el parto domiciliario es atendido por personal de salud médico o licenciadas de enfermería, con la participación de algún familiar o médico tradicional, generalmente esa atención se concentraba mucho más en los auxiliares (MSD, 2007). Otro elemento que empieza a destacarse de los partos en el domicilio es que el personal de salud se muestra dispuesto a dejar de lado su rol protagónico y abrir espacio a los familiares de la parturienta, a parteras proponiéndose intervenir sólo en caso de necesidad (MSD, 2007).

El tema de la posición vertical del parto, que predomina en los partos a domicilio, no tuvo cambios significativos, a pesar de que el proyecto transmitió al personal médico las ventajas científi-

cas de dicha posición. La primera explicación que se podría dar a este hecho es que se sigue pensando que la comodidad del personal de salud disminuye atendiendo en otras posiciones; sin embargo, el personal médico sugiere que, aunque la gran mayoría de las usuarias preferiría dar a luz de cuclillas, a gatas o sentadas, cuando las barreras culturales y lingüísticas son menos marcadas (particularmente con mujeres procedentes de áreas periurbanas y rurales menos alejadas) están más dispuestas a la atención del personal de salud a través del modelo biomédico, aceptando la posición ginecológica, la camilla ginecológica, al médico varón, etc. Este aspecto necesita de mayor reflexión y análisis, así como de investigaciones para determinar si la aceptación del tratamiento biomédico (o medicalizado) es sinónimo de "ascenso socio cultural" o de "asimilación cultural" y, por lo tanto, de renuncia al parto humanizado/intercultural.

... muy pocas veces se nos ha presentado que las señoras prefieran el piso, el cuero o la colchona... aquí no sucede esto, en realidad dicen "mejor arriba nomás porque me agarro incluso", no hay rechazo a nuestra cama ginecológica... lo que si piden es ambiente un poco más caliente... con respecto a quién quieren que le atienda el parto aquí nunca hemos tenido el problema que quieren sólo ser atendidas por la enfermera... ya saben ellas, y son más concientes de que si el médico es varón será él quien las atienda... no hay una predilección digamos... (Dr. Johnny Pinto, Centro de Salud de Porco, Potosí).

Sin embargo, y de manera general, el propio personal de salud valora, acepta y respeta las tradiciones y costumbres locales, por ejemplo la administración de mates, la atención por parteras/os, los rituales, la devolución de la placenta; incluso los manteos -de los que guardan ciertas reservas- comenzaron a ser valorados cuando eran realizados por parteras/os con experiencia, frente a la constatación de sus beneficios en casos de embarazos con posición transversal. El personal de salud siente orgullo al mencionar que está apli-

cando el enfoque intercultural:

Al principio costaba hacerlo a casi todos mis compañeros y a las enfermeras. Ahora en la mayoría de los partos ya se implementó, ya no hemos estado exigiendo que sea en la cama ginecológica, sino en la posición que ellas quieren, si quieren con sus maridos o su partera.

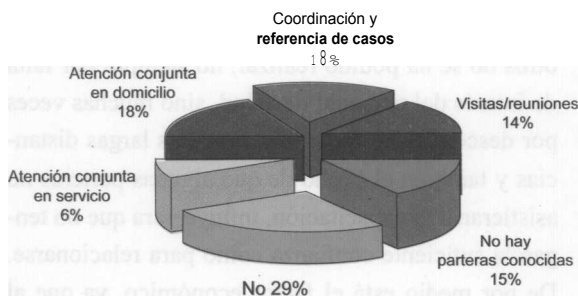
Al principio estaba inseguro, pero gracias a Dios nunca he tenido complicaciones. Me siento mejor, porque las señoras están más felices y a gusto. Todo sale más fácilmente. (MSD, 2007).

Articulación con las parteras y parteros

En la fase de seguimiento en terreno de los avances del proyecto, los proveedores de salud señalaron como un logro las buenas relaciones y mayor coordinación con las parteras/os, no sólo como intercambio de opiniones sino de colaboración en la atención de parturientas, según la experiencia de cada uno. Si bien la coordinación no se dio de manera generalizada, reflejó el apoyo mutuo y una mayor legitimidad **ante** la comunidad.

En el gráfico se puede ver que, durante la ejecución del proyecto, más de la mitad de los establecimientos habían iniciado la articulación con las parteras: un 14% realizando visitas o reuniones de información y capacitación, incluso incorporando a las parteras a las reuniones del CAI de sector; un

Articulación con partera/os



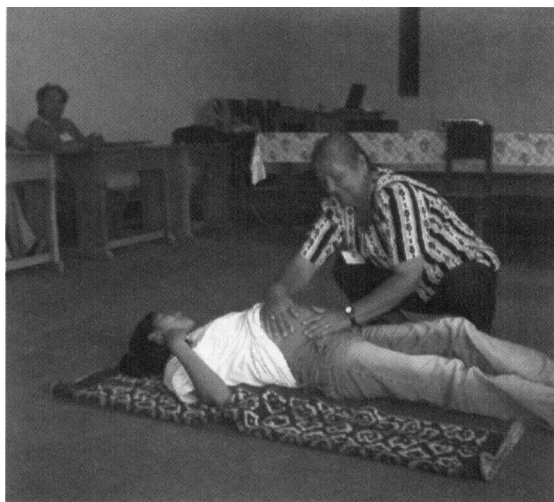
FUENTE: DOCUMENTO DE INVESTIGACIÓN N° 2, EL ENFOQUE INTERCULTURAL.
EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD MATERNA: UN AVANCE PARA LAS POLÍTICAS
P11511 AS DE SAURO. LA PAZ. 2007.

18% coordinando habitualmente, intercambiando información sobre la atención de embarazos y partos y realizando referencias de casos, no sólo de la partera hacia el centro de salud, sino viceversa; es significativo que en un 18% de los establecimientos se llegó a la atención conjunta de partos en domicilio, y un 6% cuenta con experiencias de atención conjunta en el servicio (MSD, 2007). Como afirman funcionarias de Potosí:

Hay más coordinación con parteras, participan en las invitaciones, en el seguimiento del proyecto, han manifestado su predisposición de trabajar con nosotros. Antes se escapaba la partera, ahora llegamos y ella se queda. Siempre traen mates de anís, también café.

Finalmente hay un 29% de establecimientos que, a pesar de contar con parteras/os en su área de trabajo, no realizó ninguna actividad. A pesar de los avances alcanzados en este tema, el personal de muchos establecimientos considera que el trabajo con parteras ha sido débil: en algunos casos no se han realizado los esfuerzos suficientes para identificarlas y contactarlas, en otros casos hay todavía rechazo del personal médico a las parteras, se busca la coordinación para captar referencias pero no para trabajar conjuntamente. También es una realidad que las parteras suelen comunicar tardíamente sobre los partos y las emergencias, se las cita a reuniones, pero no se logra su participación. (MSD, 2007).

Es decir que si bien en algunos establecimientos la articulación con parteras ha sido un logro, en otros no se ha podido realizar, no siempre por falta de interés del personal de salud, sino muchas veces por desconfianza de las parteras. Las largas distancias y también el hecho de que algunas parteras no asistieran a la capacitación, influye para que no tengan la suficiente confianza como para relacionarse. De por medio está el factor económico, ya que al acercarse al establecimiento de salud, las usuarias y sus familias suelen pensar que la partera está remunerada por el sistema y dejan de pagarle, con lo que se ve afectada su fuente de ingreso.



Santa Cruz, demostración del trabajo de partera. © Gloria Patscheider.

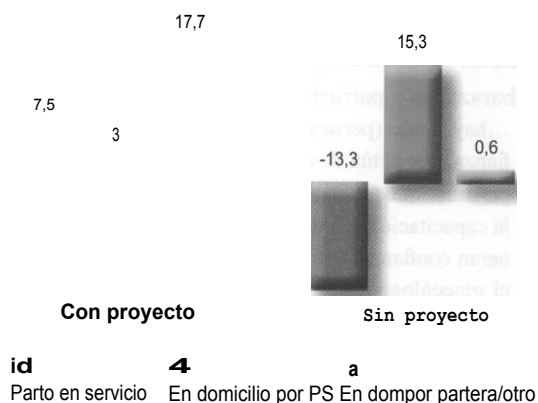
Interculturalidad y cobertura de atención materna

Para explorar los resultados cuantitativos que ha tenido la estrategia de interculturalidad en la cobertura de atención de la salud materna, el proyecto analizó información oficial del SNIS para el período abril-diciembre de las gestiones 2005 y 2006, correspondiente a los establecimientos de salud de los municipios priorizados por el proyecto, tanto aquellos que fueron objeto de intervención como los que no se tomaron en cuenta en la estrategia, que sirvieron como referencia en el análisis.

Gracias a este ejercicio se comprobó, en los establecimientos donde se aplicó la estrategia de interculturalidad, un incremento del 6,3% en la atención de parto institucional (parto en servicio más parto en domicilio por personal de salud), mientras que en los establecimientos no priorizados, se dio una disminución del 2%. El incremento es significativo por ejemplo en el Hospital de Mizque de Cochabamba, el personal de salud de este establecimiento atribuye la mayor demanda a los cambios en la atención asociados con la estrategia de interculturalidad. Las usuarias se han constituido en los vehículos de difusión en las comunidades, que cada vez acuden con mayor frecuencia al hospital, con demandas muy concretas sobre la forma en que desean ser atendidas (MSD, 2007).

Modificación del número de partos por tipo de atención en el área del proyecto

Comparación periodo abril-diciembre 2005/2006 (en %)



FUENTE: DOCUMENTO DE INVESTIGACIÓN N° 2, EL ENFOQUE INTERCULTURAL EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD MATERNA: UN AVANCE PARA LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD, LA PAZ, 2007.

Los datos muestran que el principal factor que explica el incremento de la cobertura de parto institucional es la atención de partos en servicio, que aumenta en un 7,5%. Probablemente esta situación representa un aumento de la confianza de las usuarias en el servicio de salud, debido a una atención de mayor calidad, calidez y respeto por sus costumbres, lo que permite que poco a poco se vaya superando el distanciamiento entre establecimiento y comunidad.

Como se ve en el gráfico, un dato que a primera vista sorprende es el poco incremento en la atención de partos en domicilio por personal de salud, más cuando en el resto de establecimientos aumenta considerablemente. La tendencia es que aumenta la atención en servicio y no tanto en domicilio, a pesar de que en los talleres de capacitación se resaltó la importancia del papel del personal de salud en los partos en domicilio, en el sentido de garantizar una atención con mayor seguridad. Podríamos intentar encontrar una explicación en el hecho de que la atención intercultural mejora la relación entre el personal de salud y la comunidad, generando mayor confianza y satisfacción, por lo que se superan barreras de acceso al establecimiento de salud. Probablemente influya también en este comportamiento el hecho de que cada vez más municipios cuentan con ambulancias que facilitan el traslado de las parteras.

Al mismo tiempo, el gráfico destaca el incremento del 17,7% en la atención de partos por partera en los establecimientos del proyecto, lo que podría considerarse como la articulación entre personal institucional y comunitario, pues aparentemente este aumento no significa un incremento en el número de casos atendidos por parteras, sino un incremento en el registro de estos casos, fruto de un mayor reconocimiento del trabajo de las parteras por parte del

Establecimientos de los municipios priorizados	Servicio	Cobertura alcanzada		Diferencia absoluta	Diferencia en %
		Abr/dic. 2005	Abr/dic. 2006		
Con proyecto	Partos en servicio	1040	1116	78	7,50
	Partos en dom. por PS	361	372	11	3,05
	Partos en dom. por partera	85	100	15	17,65
	Parto institucional	1401	1490	89	6,35
Sin proyecto	Partos en servicio	497	431	-66	-13,28
	Partos en dom. por PS	321	370	49	15,26
	Partos en dom. por partera	165	166	1	0,61
	Parto institucional	818	801	-17	-2,08

FUENTE: DOCUMENTO DE INVESTIGACIÓN N° 2, EL ENFOQUE INTERCULTURAL EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD MATERNA: UN AVANCE PARA LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD, LA PAZ, 2007.

personal de salud, así como una mejor coordinación y comunicación entre ellos. Asimismo, este incremento no se realiza a costa de una disminución de la atención en servicio ya que, como se vió, a pesar de la disminución en la atención de partos en domicilio por personal de salud, la cobertura de parto institucional aumenta en el período en cuestión.

Conclusiones

Formación de recursos humanos

La principal lección aprendida de este proyecto es que el principal factor para el desarrollo de una estrategia de interculturalidad sigue siendo el recurso humano. Tal como ocurrió en el caso de otras iniciativas, el personal de los establecimientos que participó de los talleres se transformó en la vanguardia de cambio de actitudes y prácticas sobre la salud materna. Esto ocurrió claramente en el caso de las auxiliares y licenciadas de enfermería, protagonistas principales de la atención intercultural en domicilio o en servicio.

Sin embargo, los cambios de actitudes y prácticas no pueden consolidarse sin la participación del médico. El médico, en general, y el gineco-obstetra, en particular, con saberes, actitudes y prácticas convencionales y conservadoras muy arraigadas, o que simplemente nunca ha tenido la oportunidad de abrirse y sensibilizarse hacia otras formas de ofrecer su servicio, constituye un obstáculo al proceso de cambio en términos de calidad del servicio brindado, cobertura de las prestaciones, relación con la comunidad y mejora de las condiciones de vida de la población, aunque las licenciadas y auxiliares de enfermería del mismo establecimiento practiquen la interculturalidad. Esto se explica por el hecho de que la relación de encuentro y desencuentro respecto del sistema sanitario se desarrolla a nivel de usuarios y médico, dado que generalmente las enfermeras y auxiliares son "mujeres o gente del pueblo", o sea, gente más cercana a la realidad de la población atendida (Lidia, usuaria centro de salud Yura, Potosí).

También se ha podido constatar que en algunos establecimientos que se había iniciado el cambio, el reemplazo de personal significó un retroceso en el proceso. No se logró influir para que se asumieran cambios significativos en la atención a las mujeres embarazadas y parturientas.

...hay gente (personal médico) que inspira confianza, que actúa de manera positiva, otras no, las personas que no han participado en el proceso, en la capacitación, no tienen esta sensibilidad no generan confianza, sufren un choque cultural, como el ginecólogo, quien no participó en el proceso. Una señora vino del campo con trabajo de parto y el ginecólogo al final no quiso atenderla porque la señora quería dar a luz en el suelo... (Dr. Choque, Director Centro de Salud Los Negros, Santa Cruz, 2009).

En el caso del centro de salud Los Negros de Pampa Grande, Santa Cruz, todo el equipo que participó en el proceso se ha mantenido estable, salvo el médico ginecólogo de planta (que es también presidente del Comité de Vigilancia), y la percepción es que la población está más contenta con quienes participaron en el proceso.

Es muy importante evidenciar cómo el continuo cambio del personal sanitario de los establecimientos donde se aplicaron estrategias de formación y capacitación, redujo considerablemente los resultados de la inversión en capital humano. Parece existir poca conciencia, de parte de las autoridades nacionales, municipales y departamentales responsables, sobre los efectos negativos de los mismos, en términos de debilitamiento estructural del sistema y específicamente de proyectos innovadores como el que estamos mencionando.

Articulación entre médicos tradicionales y sistema institucional

Un segundo dato que destaca se refiere a la articulación entre personal de salud y médicos tradicionales. En las últimas visitas de seguimiento a los establecimientos de salud se ha notado cierto debilitamiento en la relación entre equipos sanitarios y parteras. El

proceso de acercamiento y de colaboración entre los dos sistemas médicos había sido, en muchos casos, instaurado con el proyecto, y una vez finalizado éste, no se pudo contar con el apoyo político por parte de las instituciones locales y nacionales para realizar el seguimiento y control correspondiente a la implementación de los planes de intervención y la utilización de los instrumentos y estrategias operativas de articulación.

Este distanciamiento responde probablemente a la falta de cumplimiento, por parte de los establecimientos de salud y de los municipios, de la implementación de los planes de intervención, mediante los cuales se preveía desarrollar instrumentos operativos de articulación entre sistemas médicos.

Sin embargo, se ha podido notar que en aquellos lugares (generalmente rurales más que urbanos o periurbanos) en que existen personas, tanto del sistema médico tradicional como del biomédico, con mayor apertura y capacidad de relacionarse, se logró una real articulación y complementariedad entre sistemas médicos, como en el caso del centro de salud Tica Tica de Potosí:

...aquí a las mujeres se les permite todo, como en casa, y el doctor también entiende... las parteras nos ayudan, junto con ellas atendemos... nueve han ido a los cursos (talleres de interculturalidad del Proyecto) pero sólo tres son parteras de verdad y refieren... las parteras saben mejor que nosotros cuantos partos van a haber en el mes, y nos refieren... las parteras nos dicen cómo hacer, cómo destapar la mama, mucho le tocan, no tienen que tocar sino frotan, nos dicen... cuando por ejemplo la partera sale de viaje nos avisa y nos recuerda de controlar a la señora embarazada para que no nos olvidemos... (Jacoba Yucra, Auxiliar de enfermería, Centro de Salud Tica Tica, Tomave, Potosí, 2009).

El ejemplo ilustra cómo de manera natural y espontánea se pone en práctica la interculturalidad. Es evidente que existe una relación de confianza de ambas partes que nace también del hecho de que el personal de salud es el mismo, no ha sido cambia-

do en varios años, y también de que las parteras y el personal sanitario han tenido la oportunidad de construir una relación de familiaridad y seguridad que no se presenta en otros lugares.

Débil apropiación de la iniciativa por parte de las instituciones y falta de normativa

El proyecto "Aplicación del Enfoque Intercultural de la Maternidad" ha sido, probablemente, una de las experiencias más importante realizadas en el ámbito de adecuación intercultural de servicios en la actual gestión de gobierno. Aun teniendo en cuenta los significativos avances y logros de la iniciativa, hay que mencionar que el proyecto ha recibido escaso seguimiento por parte del Ministerio de Salud y Deportes y en particular del Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad (VMMTI), **una instancia** institucional que durante este periodo ha sufrido de falta de continuidad de gestión, de conflictos internos y de poca claridad sobre la política a implementarse.

En 2007 el VMMTI lanzó una tercera fase del "Proyecto de Fortalecimiento de Capacidades para la aplicación de la Interculturalidad en la Atención de la Salud Materna" en el marco de la estrategia de Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Esta nueva fase, llevada adelante por un grupo diferente de consultores, no ha tenido el mismo impacto de las primeras dos, dado que apuntaba, antes que al seguimiento y consolidación en terreno de los avances de las primeras fases, a la socialización del proceso a nivel institucional (Municipios, DILOS, SEDES) y al involucramiento de las universidades. Lamentablemente, los resultados no han sido los esperados. No se logró involucrar a las instituciones académicas (para las cuales probablemente habrá que hacer un trabajo mucho más profundo y de largo plazo) y la iniciativa no continuó con el apoyo y coordinación del VMMTI, que atravesaba un difícil momento institucional.

En efecto, la debilidad e inestabilidad del VMMTI ha repercutido notablemente en la soste-

nibilidad política, técnica y económica de la iniciativa y de su continuidad. El proyecto no ha sido acompañado y orientado por una política pública de adecuación cultural de los servicios, y por esto la iniciativa cayó en el vacío y las autoridades locales y departamentales no supieron aprovecharla.

Los esfuerzos de adecuación cultural de los servicios realizados en estos últimos años a nivel local, (en términos de infraestructura, oficinas interculturales Willaqkuna, cursos de formación para el personal de salud, cursos de capacitación para médicos tradicionales, etc.), aún no son respaldados y legitimados por una normativa precisa. El VMMTI se presenta como una instancia que no ha logrado aún articular con las experiencias locales.

Sólo cuando el enfoque intercultural, además de ser política sea también una norma, se podrá apuntar a la sostenibilidad y continuidad de las iniciativas. La introducción del enfoque de interculturalidad, y su respectiva operatividad, necesita de mandatos imperativos y reglamentaciones técnico administrativas que no puede provenir sino de una ley.

Por último, la iniciativa que apuntaba a un cambio profundo se realizó en un tiempo muy corto, lo que no permitió la apropiación institucional ni su sostenibilidad. Estos hechos se tradujeron en el paulatino abandono de los planes de intervención de los establecimientos en los cuales se aplicó la estrategia.

Contradicciones de la política pública de salud

En lo que concierne a la política pública de salud, y su función de respaldo a las actividades del proyecto, hay que destacar que no existe aún una postura clara y coherente respecto de la aplicación del enfoque intercultural. Una de las dificultades encontradas durante la ejecución del proyecto, fue la discrepancia existente entre la voluntad del personal de salud de llevar adelante un enfoque intercultural a través de, por ejemplo, **la realización** de partos en domicilio y la presión del sistema de salud para lograr altas tasas de cobertura de partos institucionales. A pesar de ofrecerse la atención del parto en

domicilio por personal de salud, como una estrategia para mejorar la seguridad de la salud materna, esta alternativa no fue debidamente considerada en el SUMI, que otorga menor valor monetario a esta atención en domicilio, cuando el esfuerzo y el uso de insumos son mayores.

Además, el personal de salud no está suficientemente capacitado para realizar actividades de Información, Educación, y Comunicación (IEC) acerca de riesgos obstétricos, por ejemplo, y debe rendir cuentas de su trabajo tanto a la comunidad como a sus superiores. El sistema les conmina a hacer propaganda por la maternidad segura, que se garantizaría con el parto en servicio. Sin embargo, se tiene presente, por las limitaciones en la capacidad de resolución de casos de riesgo, que el mensaje es inconsistente, hecho que puede ser contraproducente en la relación con las comunidades locales. La comunidad recibe el mensaje como una "garantía", en el sentido de que por el solo hecho de acudir al establecimiento de salud no debe haber complicaciones o éstas deben ser resueltas en el acto, interpretación que puede volverse contra el prestador de servicios.

La gran paradoja es que el sistema de salud oficial está para resolver complicaciones, mientras que el personal de salud es, tal vez, el más temeroso ante las situaciones de riesgo, por las grandes debilidades del sistema, las distancias, los malos caminos, la falta de transporte oportuno, etc. Por esta razón, la política sectorial de salud necesita de un enfoque integral e intersectorial, dado que es imposible pensar en mejorar la calidad de la atención en salud sin trabajar, de manera simultánea, en la solución de problemas de infraestructura, agua y saneamiento básico, logística, analfabetismo, dispersión, entre otros. Es decir, la superación de las barreras culturales tiene que ir paralela a la superación de las barreras geográficas, económicas y políticas.

Otro aspecto que perjudica los esfuerzos de adecuación intercultural de la maternidad está representado por la poca claridad de las políticas públicas acerca del rol de los agentes locales de salud, como

parteras y parteros de todo el país. Las parteras locales gozan de gran representatividad y credibilidad entre las familias y la comunidad, por esta razón tienen un importantísimo papel en la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio y en los procesos de referencia y contrareferencia de las embarazadas con complicaciones obstétricas hacia los establecimientos de salud. Aun así, las parteras no gozan del justo reconocimiento y valoración por parte de las políticas públicas, en cuanto éstas no les atribuyan claras funciones y recompensas económicas para el trabajo de articulación entre sistemas médicos.

Un ejemplo de esta contradicción es el Bono Juana Azurduy que, como se ha visto, ignora y desvalora el trabajo de las parteras en la atención de la mujer, en cuanto brinda un premio económico a aquellas mujeres que perciben atención biomédica en servicio de salud. El Bono no considera las iniciativas de articulación con la medicina tradicional, ni menos los recursos humanos formados en interculturalidad. En otras palabras, refleja las prioridades de la política sanitaria, pero puede influir negativamente en el ejercicio de los derechos de las mujeres indígenas en cuanto ellas, a cambio de dinero, ya no pueden reclamar otro tipo de atención.

Débil transversalización del enfoque de género

La aplicación de la estrategia **no se** ha dirigido de manera suficiente al empoderamiento de las mujeres, es decir, no ha tomado en cuenta, seriamente, la posibilidad de involucrar a las mujeres en el proceso de mejoría de la calidad de la atención de la salud materna, sino, una vez más, solamente al personal de salud y médicos tradicionales. El enfoque intercultural en salud debería incluir o trabajar paralelamente con el enfoque de género y con el ejercicio de los derechos de la mujer.

Recomendaciones

A dos años **del cierre de proyecto se puede afirmar que la estrategia de aplicación del enfoque intercultural**

en la atención de la salud materna del Ministerio de Salud y Deportes, ha contribuido positivamente a consolidar, entre el personal de salud que participó, una sensibilidad y aceptación del enfoque intercultural en salud que se traduce en el mejoramiento de la calidad de los servicios. El personal entiende por interculturalidad el hecho de aceptar, de respetar y de aplicar la voluntad de la mujer acerca de cómo, dónde y con quién quiere ser atendida durante el parto. A la luz de este análisis de los logros y debilidades de la iniciativa, emerge como absolutamente necesario proponer a las instituciones locales y nacionales, así como a los organismos de cooperación, algunas recomendaciones operativas para el futuro.

- A fin de superar las barreras culturales y consolidar un modelo de atención intercultural en salud, es necesario instituir una estrategia de formación y sensibilización permanente del personal sanitario y médicos tradicionales. Esta formación debería producir y consolidar los cambios en la manera de sentir, pensar y actuar del personal sanitario, y reforzar la predisposición de ambos sistemas médicos de articular y coordinarse de manera armónica.
- Esta acción o estrategia debería ir acompañada de la reforma curricular de las escuelas y facultades de ciencia de la salud. En efecto, la reforma de la malla curricular de pregrado y postgrado de las facultades de Medicina, Enfermería y Trabajo Social es hoy una de las prioridades fundamentales del sector público de salud, que debería llevar a una apertura ideológica y cultural y a una contextualización del proceso de enseñanza y aprendizaje. Se trata, en definitiva, de ofrecer a los recursos humanos del sector salud la posibilidad de prepararse en una forma adecuada, responsable e intercultural para poder enfrentar la realidad humana, social y cultural en la cual desempeñarán sus funciones.
- En todos estos procesos el VMMTI juega un papel fundamental y de liderazgo, por ello, es importante que adquiera una posición política

firme y clara acerca de la interculturalidad, la adecuación de servicios y la reforma curricular. Esta reflexión nace de la constatación de que está volcando todos sus esfuerzos únicamente en la reivindicación de la medicina tradicional

y en el fortalecimiento del conocimiento ancestral, y no en mejorar, desde el nivel operativo, político y normativo la calidad de los servicios que permitiría una efectiva articulación entre sistemas médicos.

Resumen del proyecto

TÍTULO	El Enfoque Intercultural en la Atención de la Salud Materna: una estrategia de aplicación.
JUSTIFICACIÓN	La existencia de barreras culturales (en términos de distintas maneras de pensar, sentir, actuar y hablar) dificulta el acceso de las mujeres a los servicios sanitarios del país. Este hecho se traduce en bajas coberturas de atención y altos índices de morbi-mortalidad materna e infantil.
OBJETIVO GENERAL	Contar con un modelo de atención integral de la salud materna con enfoque intercultural, validado y aplicable en todo el territorio nacional, y que implique la participación activa de la comunidad y de las autoridades departamentales y locales, así como de los proveedores formales y tradicionales, en planes de intervención específicos para cada servicio de salud.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	• Mejorar la sensibilidad, capacidades y destrezas del personal de salud para la atención intercultural de la salud materna. • Consolidar la aplicación del enfoque de salud intercultural en la atención materna que brindan los establecimientos y redes de salud en municipios rurales. • Fortalecer la gestión institucional elaborando recomendaciones para un modelo de gestión intercultural de la atención de la salud materna, con participación de los actores departamentales y locales.
LUGAR DE INTERVENCIÓN	6 Departamentos, 27 Municipios, 81 establecimientos de salud
ACCIONES	• Taller de formación en interculturalidad. • Talleres de capacitación práctica en atención humanizada/intercultural del parto. • Talleres de evaluación con el personal de salud capacitado previamente sobre la aplicación del enfoque de interculturalidad. • Plan de intervención para 81 establecimientos de salud. • Transferencia de la estrategia a las instituciones departamentales y municipales.
RESULTADOS	• Cambio de actitud del personal sanitario. • Mayor cobertura. • Mejor coordinación con médicos tradicionales. • Mayor satisfacción de usuarias y personal de salud. • Nula apropiación de la iniciativa por parte de las instituciones locales y nacionales: Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, SEDES, Municipios. • La política nacional del VMMTI es vaga y contradictoria respecto al tema de articulación entre sistemas médicos (interculturalidad) y adecuación cultural de los servicios.
DEBILIDADES	• No existe normativa respecto del tema de interculturalidad y de adecuación cultural de los servicios. • Las medidas operativas contradicen la declaración de principio (Bono Juana Azurduy). • Continuo cambio de personal de los servicios de salud que debilita el impacto positivo de la iniciativa. • El enfoque de género no ha acompañado lo de interculturalidad.
RECOMENDACIONES	• Estrategia de formación y sensibilización permanente del personal sanitario y médicos tradicionales • Reforma de la malla curricular de pregrado y postgrado de las facultades de Medicina, Enfermería y Trabajo Social. • Una posición política firme y clara acerca de temas como interculturalidad, adecuación de servicios y reforma curricular.

Bibliografía

Bradby B. y Murphy-Lawless J.

2005 *¿ Volveré no Volveré? Aportes al diálogo entre modelos culturales del parto.* La Paz.

ENDSA

2003 Encuesta Nacional de Demografía y Salud. INE, La Paz.

ENDSA

2003 Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Informe Preliminar. INE, La Paz.

2007 *Maternal mortality in 2005. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank.* Ginebra, **Organización Mundial de la Salud.**

Ministerio de Salud y Deportes

2007 *El Enfoque Intercultural en la atención de la salud materna: Un avance para las políticas públicas de salud.* Documento de Investigación N° 2, La Paz.

Ministerio de Salud y Deportes

2007 *Guía para facilitadores en atención intercultural de la salud materna. Documento* Técnico - Normativo La Paz.

Ministerio de Salud y Deportes

2005 *Guía para la atención intercultural de la salud materna.* Documento Técnico - Normativo, La Paz.

Ministerio de Salud y Deportes

2007 *Protocolos de atención materna y neonatal culturalmente adecuados.* Documento Técnico - Normativo La Paz.

OPS

2001 *Principios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca del cuidado perinatal: guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y postparto.*

USAID/OPS

2007 Perfil **de los Sistemas de Salud de Bolivia.**

EL PROCESO DE FORTALECIMIENTO DE LA MEDICINA TRADICIONAL: EL CONSEJO DEPARTAMENTAL DE MÉDICOS TRADICIONALES Y ORIGINARIOS DE POTOSÍ*

Ingrid Tapia, Juan Carlos Delgadillo O.

Introducción

Potosí es un departamento profundamente indígena, más del 80% de la población se autoidentifica con pueblos originarios. El 61% tiene como lengua materna el quechua y el 34% habla castellano. Estas características socio-demográficas y lingüísticas se reflejan ampliamente en la identidad, la cultura, las costumbres y el modo de vida de sus habitantes. La cultura quechua tradicional impera y recoge los rasgos de varias épocas -la cultura inca, el colonialismo, la cultura minera-, creando formas de sincretismo por demás interesantes.

La medicina tradicional es ampliamente utilizada y reconocida por la población urbana y rural de Potosí, un conjunto de prácticas y conocimientos perfectamente coherentes e imbricados en la realidad local. Esta legitimización social y cultural le confiere fuerza, eficacia y tenacidad, y justifica su sobrevivencia en el tiempo a pesar de las continuas amenazas del sistema colonialista, en un inicio, y del sistema biomédico, en la actualidad. Existen

numerosas prácticas médicas tradicionales y numerosas especializaciones de la medicina tradicional en el territorio potosino que serán detalladamente recordadas en este artículo. El médico tradicional es el sabio de la comunidad y su saber ha sido transmitido de generación en generación según reglas de la cultura local. La eficacia de la medicina tradicional radica en su carácter holístico, vale decir que entiende la salud y la enfermedad de manera integral, como el producto del constante equilibrio entre cuerpo, mente, espíritu y fuerzas sobrenaturales. Cuando, por diversas causas, se rompe esa armonía aparece la enfermedad, y el rol del médico tradicional es, justamente, entender las causas de esta ruptura y restablecer el equilibrio psico-físico y espiritual de la persona.

Es importante recordar que la medicina tradicional es, para muchas familias y comunidades potosinas, la única solución a sus problemas de salud, pues el sistema médico oficial no logra alcanzar una cobertura total de atención primaria a causa de las barreras geográficas, económicas y culturales exis-

* Este artículo ha sido revisado y completado por Alessia Zangari.

tentes entre éste y la población. El sistema biomédico representa, para muchos habitantes de la región de Potosí, un "gran desconocido" y, sobre todo, un modelo de atención diferente y ajeno a sus costumbres, expectativas y necesidades. No ofrece el mismo tipo de atención que el sistema tradicional, las relaciones humanas son impersonales, el cuerpo es considerado un objeto y la dimensión psico-emotiva del paciente no encuentra su espacio. A estos hechos se suma la baja calidad técnica, profesional y humana de los servicios de salud. Su consecuencia: Potosí mantiene uno de los indicadores de morbi-mortalidad materna e infantil más alto del país y de Latinoamérica.

Si bien la medicina tradicional no tiene los instrumentos prácticos y conceptuales necesarios para prevenir y tratar todo tipo de enfermedad, sus agentes terapéuticos son figuras clave para la atención primaria en salud y para la creación de alianzas con el sistema biomédico. De aquí nace la voluntad de parte de las instituciones locales de salud y de los organismos de cooperación para capacitar a los médicos tradicionales y promover la articulación entre ellos y el sistema biomédico, en otras palabras, promover el modelo de salud intercultural.

Por su parte, los médicos tradicionales –de Potosí, en particular, y de Bolivia en general– están desde hace varios años en un proceso de fortalecimiento y valorización de sus prácticas y conocimientos, apoyados por políticas nacionales e internacionales de rescate de la medicina tradicional como patrimonio tangible e intangible de la humanidad. En Potosí, se realizaron varios esfuerzos para conformar asociaciones de médicos tradicionales, cuyos objetivos iban desde la investigación y la comercialización de productos naturales, hasta reivindicaciones políticas y económicas. El último e importante paso de este proceso se dio en el año 2006 con la creación del Consejo de Médicos Tradicionales y Originarios de Potosí (CODEMETROP), bajo estímulo de la cooperación internacional y del SEDES, y que hoy desempeña varias funciones importantes.

Estos esfuerzos locales fueron reconocidos y fortalecidos por políticas y normativas nacionales de salud que, a través del Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad (VMTI) y la nueva Constitución Política del Estado, ofrecen representación política a la medicina tradicional y a sus agentes. Sin embargo, y a pesar de los avances, el proceso de rescate de la medicina tradicional se proyecta todavía largo, complejo, y con muchas contradicciones. En efecto, no está claro cuál es el rol y cuáles las funciones de la medicina tradicional en el sistema público en cuanto, por un lado, no existe todavía entendimiento sobre las potencialidades de la medicina tradicional, y, por el otro, no se ha logrado superar la relación de poder existente entre el sistema médico tradicional y el sistema biomédico.

¿Qué es la medicina tradicional?

La medicina tradicional, parte importante de la cultura de los pueblos andinos, fue durante siglos el único sistema para la prevención, tratamiento y curación de las enfermedades. Actualmente es una de las alternativas más demandadas por los pobladores de las áreas rurales del departamento de Potosí y por los habitantes de las zonas urbanas y periurbanas de las ciudades.

El término "medicina tradicional" ha sido comúnmente utilizado en estudios etnográficos y de antropología médica para describir un conjunto de creencias, bastante diferenciadas, que van desde la medicina indígena de área rural hasta prácticas de tipo sincrético, vinculadas con la tradición popular del ámbito urbano. Se trata de un concepto utilizado antes que fundamentado, cuyo común denominador es la distinción del sistema médico oficial y la relación con un mundo simbólico-religioso que fundamenta y da eficacia a las acciones de salud.

En este contexto, el rol de la medicina tradicional no debe interpretarse sólo desde la perspectiva de la eficacia farmacológica de los remedios naturales (vegetales, minerales, animales), sino de lo que en

antropología se denomina como "eficacia simbólica". Cuando el enfermo recurre al curandero, está afirmando su fe en el sistema médico tradicional, está solicitando una respuesta que él considera eficaz dentro de su cultura; respuesta que es, en primer lugar, cultural (ritual) y cuya eficacia terapéutica radica, esencialmente, en la capacidad del sistema médico y del operador terapéutico tradicional de satisfacer la expectativa del enfermo. La fe es considerada un elemento indispensable, es el catalizador que permite a los fármacos actuar en toda la plenitud de sus cualidades y a los remedios espirituales interactuar con los fármacos para lograr el éxito final, que es la curación. En las curaciones andinas los *apus* (cerros), juegan un rol determinante, son concebidos como entidades con las cuales los terapeutas pueden establecer contacto para obtener ciertos favores: conocimiento de las causas de las enfermedades y de los remedios más adecuados; protección y defensa en contra de los enemigos, etc. En retribución a esas concesiones los médicos tradicionales alimentan a los cerros a través de la realización de *q'oas* (ofrendas).

Si nos referimos a la historia de la medicina tradicional en Bolivia, sobre todo a la de la región andina, vemos que los incas tenían su propia tradición médica muy desarrollada para la época, la misma que estaba ligada a la cultura colla, (*qulla, Bolla*) de Bolivia, denominada en tiempos remotos Qollasuyo, o "país de médicos y medicinas", y luego como el Collao (Fernández Juárez: 1999). De ahí se sostiene que la cultura del Qollasuyo era una cultura estrictamente medicinal.

No obstante la importancia y eficacia de la medicina tradicional andina, el amplio conocimiento de la terapéutica tradicional a cargo de los grandes sabios empezó a debilitarse en el sistema colonial. En efecto, en esa época, los colonos europeos no sólo desconocieron el aporte de los médicos tradicionales a la salud, sino que los tildaron de brujos y los persiguieron durante años.

La sabiduría indígena acerca del uso y propiedades de la biodiversidad para la salud, fue uno

de los aspectos que más llamó la atención a los conquistadores desde el inicio de su contacto. Los primeros misioneros españoles que describieron algunas de las plantas medicinales dan cuenta de centenares de hierbas, arbustos y árboles cuyas hojas, flores, cortezas y raíces eran utilizadas por los terapeutas indígenas para la curación de las enfermedades.

En la actualidad esta situación no ha cambiado, el sistema biomédico mostró desde siempre su interés en la farmacopea indígena, pero considerándola únicamente como un universo de conocimientos acerca de las especies vegetales que poseen sustancias medicinales, despojándola de su contexto cultural y religioso. En efecto, para la medicina tradicional andina las plantas medicinales deben ser recogidas siguiendo normas rituales aún vigentes y deben ser acopiadas de lugares donde están sobrecargadas de poder para que su efecto curativo sea mayor. Todo el proceso de elaboración de remedios a base de plantas implica una serie de rituales, rezos, agradecimientos y permisos a la Pachamama.

Para comprender la medicina tradicional andina es importante entender el concepto de salud tal como es concebido dentro de su propia cultura. La salud es entendida, en primer lugar, como el producto del equilibrio de la persona con las realidades espirituales que la rodean; se funda en el equilibrio y en la armonía existente entre la persona, la naturaleza y la sociedad de la que la persona forma parte (su familia, su comunidad o su ayllu), y por último, la salud manifiesta el equilibrio que la persona ha sabido lograr entre sus propias expectativas y su historia, es decir entre lo que ella es y lo que desearía ser (Poli M.: 2001). Los conceptos de salud y enfermedad siempre mantienen estrechas relaciones entre lo espiritual y lo material, entre la sociedad y la naturaleza. La enfermedad, en consecuencia, aparece cuando existe ruptura de las relaciones entre el individuo y su medio social, natural y espiritual. La enfermedad es considerada como un ente real, que se alimenta, se levanta, escucha. Y cuando las en-

fermedades y las desgracias sobrevienen no es por casualidad sino porque han sido provocadas, por lo que son susceptibles de ser explicadas y, por tanto, de tener una curación, pero siempre asociada a una significación moral.

Los ministros potosinos de la curación ritual

Potosí se caracteriza por ser un departamento predominante rural, 66,2%¹ de la población vive en diferentes comunidades y ayllus. Las comunidades andinas, distribuidas por el territorio altiplánico, lograron preservar sus costumbres y tradiciones a pesar de las presiones e imposiciones experimentadas en diferentes momentos históricos, así como conservar una tradición curativa que les ha permitido sobrevivir a diferentes enfermedades. En la preservación de la salud de las personas y de las comunidades, y en la sobrevivencia y continuidad de esta identidad cultural, los curanderos potosinos desempeñan un rol fundamental y son insustituibles en sus regiones:

[... J conocen profundamente las leyes que regulan el equilibrio de la salud y reconocen los desequilibrios que provoca la enfermedad, además que en ellos se reconoce la tradición, la identidad y los valores de un pueblo (Barriga, 1999).

Cuando aparecen síntomas de algún problema de salud -sobre todo entre la población rural- el primer paso es acudir al médico tradicional de la comunidad, considerado como alguien con poderes terapéuticos y adivinatorios. Los pacientes acuden a él para asegurarse de no estar pasando por algún castigo divino o de un ancestro descontento, y, si fuera necesario, iniciar un tratamiento destinado a curar la parte espiritual, o, en otros casos, empezar la curación con hierbas y otras alternativas terapéuticas. Vale decir que el sistema médico tradicional constituye, generalmente, el primer

contacto de la población para solucionar sus padecimientos o problemas de salud. Muchos de los habitantes del área rural antes de acudir al centro de salud, ya visitaron al curandero para encontrar, si no curación, confort psicológico y emocional, comprensión, accesibilidad y humanidad para el abordaje integral de la salud.

"El rito de la curación necesita siempre un ministro", la afirmación que hace Federico Aguiló no es casual, pues el terapeuta tradicional si bien se ocupa de la parte médica también lo hace de la parte espiritual, por ello es considerado como el sacerdote de la comunidad y su rol religioso es fundamental. Según Carlos Zolla, los terapeutas tradicionales son [...J aquellas personas generalmente adultas y pertenecientes a la comunidad donde ejercen, a las que el grupo social reconoce como dotadas de los conocimientos, habilidades o facultades para curar, que diagnostican las enfermedades conforme a una idea de causalidad que es compartida por el grupo, y cuyo sistema de creencias, conceptos y prácticas la distinguen claramente de los terapeutas de la medicina institucional (Campos, 1997: 10).

De acuerdo con varios autores, en el mundo andino las enfermedades están clasificadas en cinco grupos según los agentes causantes: poderes mágicos, naturaleza animada, influencia de los difuntos, conflictos humanos y trastornos orgánicos. Para identificar el origen de la enfermedad, y por ende el tipo de tratamiento curativo, los médicos tradicionales experimentan una amplia gama de técnicas y prácticas de diagnóstico, como la realización de exámenes físicos (tocando la parte que está mal), viendo a la persona, conversando con el paciente y sus familiares; sin dejar de lado la adivinación, la interpretación de los sueños, la lectura de la hoja de coca o del comportamiento de algunos animales, entre otras.

Dentro de la medicina tradicional potosina existe una gran variedad de especialistas:

¹ INE, Censo de población y vivienda 2001

Jampiri: En el ámbito urbano se lo conoce también como curandero. "Son los especialistas de los *jampis* o medicamentos, tanto para las enfermedades naturales como para las mágicas: hacen combinados para cada enfermedad" (Aguiló, 59:1982). Utilizan las hierbas medicinales y remedios de origen vegetal y animal. Su ámbito curativo es muy amplio, abarca desde la atención de dolencias y malestares simples, hasta curaciones que requieren de la práctica de diversos rituales.

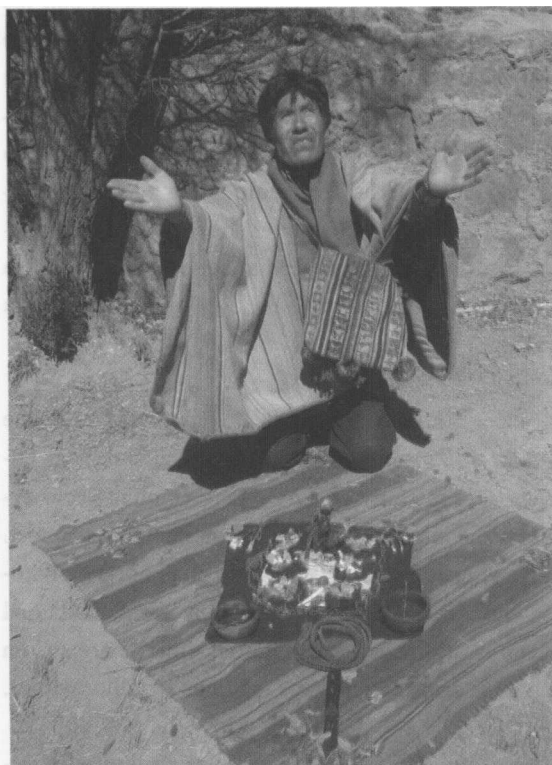
Yatiri: Etimológicamente *yatiri* significa "alguien que sabe". El *yatiri* se constituye en una persona sabia que ofrece sabios consejos. Poseen un conocimiento innato que proviene del interior y no precisamente a partir de una sistematizada instrucción. Para averiguar si alguien es *yatiri* en un lugar no se procede directamente, sino en forma de rodeos, preguntando primero si tal o cual sabe *p'i'char* coca, luego si levanta las hojas de coca y finalmente si las

lee. Tiene la función de adivinar, **aconsejar** y curar. El *yatiri* es **a la vez *uñiri*, esto es "el que mira coca"**, y *qulliri*, "el que cura", pero su papel integral trasciende ambas tareas.

Layqha: Especialista maligno cuyo oficio es hacer caer la maldición sobre determinadas personas. Se presta a cumplir las venganzas que se desean hacer. Para ello utiliza los *lloq'e-k'aytus*" (lana hilada en sentido contrario a lo normal), con los cuales busca embrujar a las personas y hacerlas caer en la enfermedad mágica. Actúa, según dicen, *Supav sutimpi*, es decir en nombre del diablo. Muchos de los *layghas* tienen el arte de la magia negra. Utilizan sapos o *jamp'atus*, víboras o *kataris*, los clavetean con agujas en las partes donde desean que la víctima encuentre su mal. El *laygha* domina el arte de movilizar el *ajayu* o "ánimo" desde lejos: la persona en forma desprevenida, pierde el ánimo y cae en la enfermedad mortal perdiendo el apetito.



Médico tradicional de Potosí. O Giuseppe Iamele, PROHISABA.



Ritual de la "mesa" para el tratamiento del susto. OAlessia Zangari. Cooperación Italiana

to y convirtiéndose en *tullu-yasqa*, (hueso, flaco). Los *layghas* son poco frecuentes. Son temidos y sólo en casos muy urgentes la población solicita sus servicios. "No suelen ser personas malvadas que juegan con sus capacidades, sino se comportan como personas normales en su quehacer diario" (Aguiló, 60:1982).

Milluri: Especialista del *millu* o mineral salitroso. Solicitan sus servicios para unas pocas y específicas enfermedades, como el *pujyu* o vertientes. Es por lo tanto benigno y trata de curar, cobra cuando hay garantía de la curación (Ibid.).

Aysiri: El que jala el "ánimo". Es un tipo de *yati-ri* más especializado. Dicen "*mallkusta parlasan, qhawasan*" que es el que mira y habla con los *mallkus*. El *Mallku* es una especie de cóndor, depredador y maligno, es temido, pero en las altas culturas aymara y quechua tiene un simbolismo de majestad, de animal tutelar. El *aysiri*, hablando con los *mallkus*, adivina el futuro pudiendo conocer lo que va a suceder en diversos campos, viendo la "buena suerte" y la "mala suerte". Frente a las enfermedades puede hacer diagnósticos míticos, indicando dónde está la falla, por ejemplo que no se cumplirán las *q'owaras* (libaciones) necesarias a la Pachamama. La función primordial del *aysiri* es "jalar" la enfermedad del cuerpo o bien "jalar el ánimo" para recuperarlo (Ibid.).

Qolliri: Expresión aymara de la misma raíz que *qolla*, *qollana*. *Qolli-o quilli*, parece significar curación, lo mismo que *jampi*, pero en un dialecto aymara distinto del hablado normalmente en Potosí. Este terapeuta es muy conocido en el norte de Potosí, en Oruro y en La Paz. Tiene un oficio idéntico al *jampiri*, utiliza sus conocimientos herbolarios y, en algunos casos, oficia ritos mágicos sencillos. (Ibid.).

Usuri yanapiri: El *yanapiri* es el partero, el especialista que ayuda a realizar los partos. Es la única

función compartida por igual por hombres y mujeres, aunque con mayor frecuencia realizada por hombres. Pese a que hay un ambiente ritual en los partos, no parece muy claro que sean en realidad ministros de un rito mágico. Normalmente hay varios en cada comunidad, que prestan sus servicios a cambio de un exiguo emolumento.

Kallawayá: Médico tradicional herbolario itinerante, oriundo del departamento de La Paz, pero diseminado por todo el país y asentado principalmente en ciudades grandes e intermedias. Realiza constantemente viajes a las comunidades o ferias rurales donde hay grandes concentraciones de gente para ofrecer tratamiento a las enfermedades.

Qhakojkuna: Aquel que realiza curaciones a través de masajes con pomadas elaboradas a base de plantas medicinales.

Huesero: Agente de la medicina tradicional que atiende problemas relacionados a los huesos y articulaciones.

Naturista: Terapeuta cuyas curaciones se basan en el uso de plantas medicinales sin establecer relación con el mundo de las divinidades. Esta especialidad está en proceso de expansión, en especial en las zonas urbanas.

Q'apachaquera: Vendedora de plantas medicinales secas, elementos minerales y animales para la realización de rituales para las divinidades y para las curaciones. Tiene un amplio conocimiento de los tratamientos con base a elementos naturales como rituales para ciertas enfermedades, da consejos para mejorar la salud o solucionar otros problemas.

Matera: Vendedora ambulante de mates calientes a base hierbas medicinales frescas con miel y limón, da consejos sobre las hierbas más adecuadas para curar ciertas enfermedades.

Contexto nacional e internacional de la medicina tradicional

La tendencia internacional en salud está enfocada en la valorización de los conocimientos de la medicina tradicional y en su articulación con la medicina oficial. Esta directriz está expresada en la estrategia de la Organización Mundial de la Salud sobre medicina tradicional (OMS 2002-2005), a la cual se adscribieron los países miembros. El argumento de esta estrategia se fundamenta en la constatación de que la medicina tradicional es una opción disponible, asequible y ampliamente utilizada por millones de personas en América Latina y en otros continentes. En algunas regiones, los médicos tradicionales son el principal recurso, si no el único, de atención para la salud y se caracterizan por brindar una atención cercana al hogar, accesible y adaptada culturalmente; los terapeutas son conocidos por la comunidad, inspiran respeto y confianza. Esa forma de atención permite tratar muchas dolencias, curar ciertas enfermedades, reducir el sufrimiento y mitigar el dolor.

A pesar del esfuerzo de gobiernos que, como Bolivia, invirtieron para mejorar las condiciones de salud de la población -por medio del mejoramiento de la infraestructura sanitaria, del incremento de personal de salud, de programas de atención primaria gratuitos, etc.- el camino para brindar una vida saludable para todos se vislumbra todavía largo. En los países donde el arraigo cultural en las prácticas de salud tradicional es muy fuerte, ha sido más difícil permear las barreras culturales y desplegar los esfuerzos necesarios para trabajar de manera complementaria con el sistema biomédico. A las barreras culturales se suman las barreras geográficas y económicas, que siguen siendo grandes obstáculos en el proceso de mejora de la salud.

La OMS considera importante el rol que puede cumplir la medicina tradicional en la atención primaria de la salud y cree que la combinación de ésta con la medicina biomédica sería ideal para aprovechar lo mejor de cada una y compensar sus defi-

ciencias, aunque ello implique realizar acciones en diferentes ámbitos y tomar decisiones normativas. La medicina tradicional puede cumplir un rol importante en la atención de la población sin llegar a suplir el acceso a medicamentos modernos ni a las medidas de urgencia necesarias para salvaguardar la salud de la población. Por ello, tanto la OMS como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) impulsaron -y siguen haciéndolo- acciones de apoyo 1 promoción de políticas dirigidas a experimentar f) rmas distintas de articulación de las medicinas, enfocadas primordialmente en la atención primaria de la ,;alud. De igual forma, algunas organizaciones de la sociedad civil trabajan apoyando la medicina tradicional y valorizando su rol en el proceso de prevención y tratamiento de las enfermedades.

La política planteada por la OMS, y por varias organizaciones internacionales de salud, fue adoptada por el Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia; de hecho, las últimas reformas nacionales se orientan en ese sentido. La medicina tradicional atraviesa hoy una nueva etapa y se encuentra representada a nivel político y normativo por el Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, repartición creada en 2006 con el objetivo de revalorizar, proteger, promover e investigar la medicina tradicional, así como encontrar estrategias de articulación y complementación efectiva con el sistema público de salud.

De la misma manera, la nueva Constitución Política del Estado (CPE) incluye a la medicina tradicional en el sistema nacional único de salud y propone la investigación para su desarrollo a través del rescate y valoración de conocimientos ancestrales, el reconocimiento y defensa de los derechos de propiedad intelectual de las naciones indígenas y originarias y la valoración de los médicos tradicionales como actores fundamentales de la salud de la población.

Complementariamente a la CPE, el Ministerio de Salud y Deportes ha implementado un nuevo modelo sanitario, denominado Salud Familiar Co-

munitaria Intercultural (SAFCI), que tiene entre sus objetivos el establecimiento de relaciones de articulación y complementariedad entre la medicina académica y la tradicional.

Potosí es el departamento de Bolivia que más ha desarrollado e implementado estrategias de fortalecimiento de la medicina tradicional y acciones de articulación entre sistemas médicos. En efecto, el Servicio Departamental de Salud (SEDES), gracias al apoyo de algunos organismos de cooperación como el Programa de Apoyo a la Higiene y Salud de Base (PROHISABA), consolidó una alianza estratégica con el Consejo de Médicos Tradicionales y Originarios de Potosí, que le ha permitido desarrollar una propuesta de trabajo orientada al fortalecimiento de la medicina tradicional, cuyos ejes principales son el apoyo al proceso organizativo de consejos de médicos tradicionales y la articulación del sistema de salud oficial con la medicina tradicional.

El proceso organizativo de los médicos tradicionales de Potosí

En la década de los 80, la primera organización de médicos tradicionales fue la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional (SOBOMETRA), liderizada por médicos *kallawayas* oriundos del departamento de La Paz inmigrados a Potosí. Esta organización aglutinaba, principalmente, a los terapeutas que trabajaban en la ciudad de Potosí y en ciudades intermedias. Fue la primera organización de médicos tradicionales en otorgar credenciales a sus miembros.

Durante muchos años SOBOMETRA fue la única organización en Potosí que funcionó con reconocimiento jurídico legal a nivel nacional. Desde sus inicios acogió en su seno, casi de manera exclusiva, a terapeutas que practicaban la medicina tradicional en zonas urbanas. Los terapeutas tradicionales que desarrollaban su trabajo en comunidades rurales del Departamento no estaban representados por esta instancia.

La primera organización de médicos tradicionales en Potosí fue SOBOMETRA, pero por sus exigencias ponía al margen a los médicos tradicionales del área rural, porque para ser miembro había que realizar aportes económicos cada mes y, en el campo, la gente no tiene mucho para aportar en dinero, además también quizás no estaban interesados (Alberto Camaqui, Facilitador Willaqkuna).

Paralelamente a las actividades de SOBOMETRA, la Cooperación Italiana creó, en 2001, la Oficina Intercultural Willagkuna al interior del hospital Daniel Bracamonte, con el objetivo de informar, orientar y apoyar a los pacientes de origen indígena dentro del Hospital. Para la atención de la Oficina se contrató a tres facilitadores interculturales que, además de tener un amplio conocimiento sobre la medicina tradicional, contaban con una importante experiencia en la conformación y participación en organizaciones indígenas. Entre las funciones de los facilitadores estaba la de brindar apoyo a la medicina tradicional, desarrollando talleres y encuentros de médicos tradicionales de Potosí.

Los primeros talleres de médicos tradicionales -organizados con el apoyo de Willaqkuna- se focalizaron en el intercambio de conocimientos, sistematización y promoción de aprendizajes recíprocos. A partir de estas experiencias, algunos médicos tradicionales de Potosí empezaron a desarrollar la idea de constituir un consejo de médicos tradicionales que represente a todas las áreas y a todo el Departamento (a diferencia de SOBOMETRA, que representaba solamente a los médicos urbanos, sobre todo *kallawayas*).

En ese contexto, en 2003, la ONG italiana Cooperazione Internazionale (COOPI) inició un proyecto de salud intercultural en el municipio de Tinguipaya, cuyos componentes estaban relacionados a la organización de médicos tradicionales del Municipio. Después de varios encuentros, y diversas dificultades, se logró conformar el Consejo de Médicos Tradicionales de Tinguipaya (COMETRAT), organización que con el apoyo de COOPI obtuvo su personería jurídica, elaboró sus estatutos y sus

reglamentos, y gestionó para que el Gobierno Municipal de Tinguipaya, el SEDES-Potosí y el Vice-ministerio de Medicina Tradicional otorgaran credenciales a sus miembros. Asimismo, el Gobierno Municipal de Tinguipaya determinó presupuestar un monto para que un médico tradicional preste sus servicios al interior del hospital y trabaje de manera conjunta con el personal biomédico. Esta experiencia se constituyó en un referente para los próximos procesos organizativos que tuvieron lugar en el departamento de Potosí.

Con COOPI se ha empezado, primero, con la visita al municipio de Tinguipaya, luego nos contactamos con tres médicos tradicionales y los invitamos para los talleres queriendo conformar la organización y se empezó a trabajar con ellos, todo era compartir entre médicos tradicionales, se llegó a 80 con las parteras más, pero hubieron muchos problemas, se denunció que no eran verdaderos médicos tradicionales porque venían muchos jovencitos, ya luego se les pidió el apoyo de su comunidad, para acreditarlos (...). En la inauguración del hospital, y luego de conversaciones con el Alcalde, se definió apoyar económicamente a los médicos tradicionales, cada 15 días iban a tener su apoyo económico, pero ahora parece que ya no está funcionando porque a los médicos tradicionales no les interesa sólo la plata, sino lo que más les importa son sus sembradíos, entonces por eso a veces no querían ir al hospital. (Alberto Camaqui, Facilitador Willaqkuna).

A la luz de estas valiosas experiencias, y de otras que se dieron en el municipio de Cotagaita y en el norte de Potosí, los facilitadores de la Oficina Intercultural Willaqkuna, en el objetivo de orientar el proceso organizativo de los médicos tradicionales, convocaron en 2006 -con el apoyo de la Cooperación Italiana- al "I Congreso Departamental de Médicos Tradicionales". El evento contó con la asistencia masiva de terapeutas tradicionales de todo el departamento de Potosí, en su desarrollo se reflexionó sobre el rol que debía cumplir la organización, la representación que debía tener, se debatió su articulación con el sistema biomédico y se

trató el tema de ítems del Estado para los médicos tradicionales. El resultado fue la creación de una organización aglutinadora y representativa de los terapeutas tradicionales del campo y de la ciudad, así como de las distintas asociaciones de medicina tradicional y naturista: el Consejo Departamental de Médicos Tradicionales y Originarios de Potosí (CODEMETROP).

Habíamos decidido convocar a un congreso y se recurre a 30 municipios para convocar a los médicos tradicionales (...) como ya existían experiencias a niveles municipales en el norte de Potosí, en Tinguipaya y en Cotagaita, en el 2006 se hace un nuevo congreso y ahí se invita a SOBOMETRA y se decide que el consejo va a representar a todos pero no se prohíbe que las otras organizaciones sigan funcionando de manera independiente, entonces deciden que el CODEMETROP aglutine y represente a todos. (Basilia Montes, Facilitadora Willaqkuna).

El 23 julio del 2006 nace el CODEMETROP, a este evento asistieron todas las autoridades, el profesor Jaime Zalles que en ese entonces estaba de Vice-ministro de Medicina Tradicional e Interculturalidad, también estuvieron presentes autoridades del Departamento, el Director del SEDES, la cooperación internacional, organizaciones indígenas y los médicos tradicionales representantes de todos los municipios. (Director CODEMETROP).

La creación del CODEMETROP generó satisfacción entre los médicos tradicionales porque logró superar parcialmente los conflictos entre las distintas organizaciones. Sin embargo, la directiva, al inicio de su trabajo, constató que no tenía recursos económicos para desempeñar sus actividades, por lo que recurrió al SEDES y al PROHISABA.

En el nuevo congreso apoyado por la Cooperación Italiana se elige la nueva directiva y todo era una maravilla, cuando se quería empezar a trabajar ya era otra cosa, no tenían oficina, no tenían para un lápiz y la Cooperación Italiana se retiró indicando que no tenían presupuesto para continuar apoyando a la organización. (Alberto Camaqui, facilitador Willaqkuna).



La constitución del CODEMETROP. ©Alessia Zangari, Cooperación Italiana.

Ante ese panorama, la responsabilidad principal que asumió la nueva directiva fue analizar diversas estrategias de articulación con el sistema biomédico. Sin embargo, desde el principio hubo bastante presión de algunos médicos tradicionales para que el CODEMETROP asuma el compromiso de conseguir ítems para los terapeutas.

El Consejo de Médicos Tradicionales y Originarios de Potosí (CODEMETROP)

El CODEMETROP se creó con la perspectiva de generar acciones orientadas a articularse con el sistema sanitario biomédico. Sin embargo, esta institución fue adquiriendo funciones y perspectivas que no habían sido contempladas en un inicio y que hicieron de este Consejo una experiencia novedosa que permitió superar la división entre médicos tradicionales y generó una identidad colectiva.

El proceso organizativo permitió mejorar la cohesión entre los médicos tradicionales de Potosí e inició el camino hacia la superación de la división entre grupos y corporaciones de médicos tradicionales y naturistas. Las organizaciones que son parte del CODEMETROP (SOBOMETRA, AMETRA y otras que aglutinan a médicos naturistas, yerberos y otros) han iniciado acciones colectivas en busca de

un fin común, como actores sociales colectivos, con capacidad de movilización para obtener y manejar recursos económicos, generar redes sociales (a nivel de alianzas), plantear acciones y, sobre todo, tomar decisiones sobre su futuro.

... juntitos ahora estamos, nos ha ayudado a juntarnos, el CODEMETROP es nuestra organización para luchar y crecer, ya no tenemos que andar como wajcha wawas, ya tenemos nuestra madre. (Médico tradicional Potosí, 2009).

En todos los departamentos los médicos tradicionales pelean, están divididos, en cambio en Potosí, en ese sentido no ha habido inás bien problemas, nos hemos entendido, Potosí es el único departamento en el que nos hemos unido y no estamos teniendo problemas. (Médico tradicional, Potosí).

En la provincia Chayanta los médicos tradicionales están organizados en diferentes niveles, se tienen actas de conformación de los consejos municipales y oficialmente no están afiliados, pero tienen conocimiento del CODEMETROP..., pero lo importante es que reconocen al CODEMETROP y la importancia de unirse... (Sociólogo CTB).

El proceso organizativo permitió un importante momento de encuentro para los médicos tradicionales, un espacio de intercambio de posiciones, identificación de diferencias, explicación de especialidades (*aysiris*, *hueseros*, *parteros*, *naturistas*)

y expresión de sus expectativas, así como de adjudicación de responsabilidades y de compromisos pero, sobre todo, de reconocimiento de los médicos tradicionales.

Las discusiones han sido acaloradas, pero después de debatir hemos definido quiénes somos médicos tradicionales y quiénes sólo están engañando, también hemos analizado que los médicos que trabajan en la ciudad curan de otra manera que los del campo, pero igual somos médicos tradicionales, cada uno con su especialidad. (Médico tradicional Potosí).

Otro elemento importante que surgió en el proceso organizativo del CODEMETROP fue la identificación de un interés común (como base fundamental para el desarrollo de acciones y para la construcción de un proyecto político) de todos los médicos tradicionales: ser reconocidos como médicos por el sistema oficial de salud. En otras palabras, la conformación del CODEMETROP representó un medio legal y socialmente reconocido para ganar la aceptación, respeto, valoración y reconocimiento de sistema médico académico.

...habíamos formado la organización para luchar... porque en ese entonces no nos daban la importancia los médicos académicos, a la vez en muchas de las comunidades originarias el médico tradicional es visto por el doctor como cualquier

persona, ahora más bien ya no es así. (Médico tradicional, norte de Potosí).

El CODEMETROP ha contribuido mucho... es una institución departamental que puede tambalearles inclusive a ellos [a los biomédicos]... es una institución con mucho poder y tiene mucho valor. (Médico tradicional Potosí).

Paralelamente a la reivindicación política surgió la reivindicación económica; es decir, desde la perspectiva de los médicos tradicionales no era suficiente el reconocimiento como actores en el sistema biomédico, sino también que el Estado (local, departamental o nacional) reconozca que el fortalecimiento de la medicina tradicional también implica recursos financieros y que las instancias estatales tienen la responsabilidad de otorgar presupuesto.

...quisiéramos que como Municipio nos den para equipar bien nuestros laboratorios, podríamos juntar en uno la producción y vender nuestros medicamentos en Potosí, así pudiéramos hacernos nuestra platita, no necesitaríamos ni ayuda, pero para eso necesitamos que en los POAs se ponga, tienen que ayudarnos con la inversión... (Médico tradicional de Toro Toro).

... desde el Viceministerio [de medicina tradicional e interculturalidad] tendrían que apoyarnos económicamente a la medicina tradicional, con



Encuentro de los médicos tradicionales del CODEMETROP. © Giuseppe Iamele. PROHISABA.

programas para que intercambiamos conocimientos, para mejorar lo que sabemos, para que nos organicemos mejor... según la nueva Constitución Política del Estado, el gobierno tiene que fortalecer a la medicina tradicional... (Médico tradicional de Cotagaita).

A partir de la constitución del CODEMETROP se manifestaron dos tipos de reivindicaciones: la política y la económica. En el caso de la primera, existe consenso entre los miembros de la organización en cuanto todos apuntan a un mayor respeto y valoración de los conocimientos y prácticas de los médicos tradicionales y el reconocimiento de su trabajo por parte del sistema sanitario biomédico. En el caso de la segunda, no existe consenso ni claridad, si bien hay consenso en la importancia de que el Estado otorgue recursos económicos, no se sabe en qué ni cómo deberían ser invertidos.

Objetivos del CODEMETROP

El objetivo principal del CODEMETROP es buscar el fortalecimiento de la medicina tradicional a través de una reglamentación y legislación que determine el respeto a la práctica con base a usos y costumbres ancestrales. Los objetivos específicos son varios y están descritos en el documento preliminar de sus estatutos y reglamentos:

- Buscar el registro, la acreditación, la certificación y co-certificación de todos los médicos tradicionales en sus diferentes especialidades de acuerdo a requisitos establecidos en este estatuto;
- preservar y proteger el conocimiento de los usos y costumbres de las prácticas de la medicina tradicional del país y del Departamento;
- defender y respetar la práctica de los médicos tradicionales;
- propiciar la promoción e investigación de temas de la medicina tradicional;
- establecer y mantener estrechas relaciones con organizaciones similares;
- contribuir al mejoramiento de la educación y formación técnica profesional de los afiliados;

- promocionar, incentivar e impulsar la producción de la medicina tradicional mediante la participación en eventos locales, regionales, departamentales, nacionales e internacionales;
- velar por la propiedad intelectual de aquellos productos emergentes de la medicina tradicional;
- fortalecer la identidad del médico tradicional promocionando sus conocimientos;
- elaborar y velar por el cumplimiento de la normativa que regula el ejercicio de la práctica de la medicina tradicional en el Departamento;
- apoyar al fortalecimiento de los consejos regionales y municipales de la medicina tradicional;
- buscar aliados estratégicos para la promoción y el desarrollo de la medicina tradicional en el Departamento.

Los objetivos planteados reflejan, de manera evidente, los intereses de cada grupo de los médicos tradicionales que conforman el comité. Se observa, por ejemplo, que varios objetivos se orientan hacia la reglamentación del ejercicio de la medicina tradicional, visión que refleja principalmente las preocupaciones y los intereses de los médicos tradicionales que viven y trabajan en zonas urbanas. Sin embargo, la coyuntura política nacional apunta en ese sentido, también las organizaciones indígenas y sindicales se manifiestan por su regulación e institucionalización. Es así que dentro de algunos de los planteamientos de la Confederación Sindical única de Trabajadores Campesinos de Bolivia (CSUTCB), de la Central de Pueblos Indígenas del Oriente de Bolivia (CIDOB) y del Consejo de Ayllus y Marcas del Qollasuyu (CONAMAQ) se observan los siguientes planteamientos:

- Crear universidades indígenas y originarias en medicina tradicional para médicos tradicionales y parteras en ejercicio, en los tres pisos ecológicos.
- Acreditar a los médicos tradicionales y a las parteras por parte de sus organizaciones y del Ministerio de Salud, por una única vez.



Jaime Zalles en un evento del CODEMETROP © Giuseppe JAMELE PROHISABA

Incentivar el conocimiento y el uso de las plantas medicinales desde las escuelas.

- Catalogar los médicos y medicamentos.
- Dotar de ítems a pueblos indígenas y originarios para la contratación de personal elegido por sus propias organizaciones, respetando el derecho de los médicos a una remuneración justa y equivalente.

Es evidente que estas organizaciones apuntan hacia la institucionalización de la medicina tradicional y su inserción en el sistema médico oficial, una tendencia no necesariamente compartida por los médicos tradicionales de base -particularmente del área rural- que buscan reconocimiento, pero en el marco de una autonomía de funciones y de ejercicio de la medicina.

Estructura organizativa del CODEMETROP

Una vez conformado el CODEMETROP, la directiva inició acciones orientadas a su reconocimiento legal a través de la elaboración de estatutos y reglamentos, para luego obtener su personería jurídica. También se realizaron sesiones de reflexión destinadas a mejorar su funcionamiento y a definir con mayor precisión el rol de la organización, su estructura, sus objetivos y sus actividades.

Con el objetivo de lograr una mayor representación y funcionalidad, el CODEMETROP fue descentralizado en 16 consejos provinciales y 40 consejos municipales de médicos tradicionales. El ingreso de nuevos miembros tiene como única condición el desarrollo de actividades en el ámbito de la medicina tradicional en el departamento de Potosí. La filiación tiene sus propios requisitos: formar parte de uno de los consejos regionales, provinciales o municipales, o, en su defecto, de una agrupación con personería jurídica legalmente reconocida, lo que significa que deben estar debidamente registrados con todos los requisitos exigidos: contar con el aval de la comunidad, con certificados de participación en talleres o encuentros de medicina tradicional, tener cinco años de experiencia de atención o servicio, y otros relacionados. Dentro de los deberes: el pago de los aportes económicos ordinarios y extraordinarios y la asistencia a reuniones de la directiva.

El CODEMETROP adoptó una estructura organizativa que corresponde a una lógica sindical no necesariamente compatible con la de los ayllus originarios, a los que pertenecen muchos terapeutas tradicionales. Este enfoque, así como el carácter burocrático y hasta excluyente para aquellos médicos tradicionales que no compartan la lógica gremialista, podría en el futuro generar conflictos o restarle legitimidad y funcionalidad a la organización.

Consejos Municipales de Medicina

Tradicional (CMMT)

Uno de los esfuerzos más significativos del CODEMETROP para consolidar su base organizativa fue la creación de los Consejos Municipales de Medicina Tradicional (CMMT); a través de ellos se busca representatividad a nivel local y acceso a recursos municipales. La conformación de los CMMT se basó en iniciativas organizativas existentes en el norte de Potosí -en municipios como Cotagaita, Caiza D y Tinguipaya- de tal manera que no sólo se realizaron actividades de creación de consejos, sino también de fortalecimiento de los ya existentes.

Este proceso se llevó adelante con el apoyo del SEDES y del PROHISABA, con el objetivo de crear organizaciones municipales de medicina tradicional que sirvan como catalizadoras y facilitadoras de la implementación de estrategias de articulación entre la medicina tradicional y la medicina institucional. Asimismo, los consejos municipales fueron pensados para facilitar los encuentros e intercambios de experiencias y conocimientos entre médicos tradicionales.

En el departamento de Potosí se organizaron 14 consejos² municipales, de los cuales 13 cuentan con directiva. En los municipios restantes no se realizaron consejos porque no se disponía de los recursos económicos necesarios, por ello, el SEDES y el CODEMETROP, a través de las redes de salud municipales y el apoyo del PROHISABA, conformaron los consejos mediante un proceso similar al anterior: primero se identificaron médicos tradicionales acreditados por sus comunidades, luego se generaron reuniones municipales y, finalmente, se eligió a una directiva representativa:

... mientras tanto hemos dado vueltas por todos los municipios, acordando con alcaldes y las organizaciones sociales para reunir a los médicos tradicionales. En los coliseos nos reuníamos, se

juntaban muchos, y así hemos conformado varios de los consejos municipales de médicos tradicionales. (Técnico PROHISABA, 2009).

La conformación de los CMMT permitió acercamientos entre terapeutas tradicionales y otorgó la posibilidad de acceso a los recursos municipales para desarrollar sus actividades. En ese marco, más allá de la reivindicación política, los consejos se constituyeron en el ente operativo más importante para lograr la reivindicación económica de la medicina tradicional. Actualmente, el PROHISABA está apoyando al CODEMETROP y a los CMMT en las negociaciones con los gobiernos municipales para obtener recursos y, en algunos casos, ya se han inscrito presupuestos en los planes anuales operativos.

... CODEMETROP es una institución que está ayudando en algo, por ejemplo con las capacitaciones con los médicos tradicionales en los municipios. (Médico tradicional de Potosí).

... se está buscando con el CODEMETROP que todos sepamos los mismos nombres de la plantas, para qué sirven y cómo se curan en todos los lugares, para no contradecirnos entre nosotros mismos, para que hablemos como un solo hombre. (Médico tradicional de Potosí).

... a nivel de municipio se pueden hacer cosas lindas, podríamos tener laboratorios para hacer nuestra pomadas... podríamos fortalecer los conocimientos de todos los compañeros para que todos sepamos bien, incluso para los que están aprendiendo, el Consejo para eso tiene que servir... (Médico tradicional del norte de Potosí).

... con la plata del POA se puede hacer muchas cosas, podemos hacer inclusive nosotros solos nuestros laboratorios, sin pedir a nadie, podemos capacitamos más, aprender nuevas cosas, enseñar a nuestros compañeros para curar mejor pues, esa idea nos ha dado el CODEMETROP, para eso ahora tenemos con coordinar con el doctor... (Médico tradicional de Toro Toro).

2 La iniciativa fue apoyada por el PROHISABA, que intervino en 17 municipios.

A pesar de los esfuerzos realizados, en la mayoría de los casos, los consejos municipales no están funcionando, principalmente por las limitaciones económicas del CODEMETROP. En los pocos casos que sí lo hacen, desarrollan acciones de fortalecimiento organizativo y encuentros de intercambio de experiencias: en algunos se está gestando la idea de lograr su autonomía a través de la implementación de los laboratorios artesanales destinados a la preparación de medicamentos tradicionales, iniciativa apoyada por algunas Organizaciones no Gubernamentales.

Un elemento que influyó para el limitado funcionamiento de los consejos municipales fue el hecho de que la organización que aglutina a los terapeutas es ajena a la cultura de la mayoría de los médicos tradicionales de las comunidades del área rural. Este tipo de organización surgió por influencia de los organismos de cooperación, por lo que la experiencia constituye un proceso nuevo, del cual no se apropiaron los terapeutas que practican la medicina tradicional en el área rural.

Las perspectivas de su funcionamiento, por tanto, no son alentadoras, más si se toma en cuenta que en la actualidad el CODEMETROP ingresó en una lógica reivindicativa de tipo sindical que no es compartida por los terapeutas, en especial por aquellos que prestan servicios en sus comunidades.

... debíamos partir siempre con nuestras organizaciones, desde la comunidad, desde abajo, y nosotros no participamos como médicos tradicionales, sino como comunarios, somos del ayllu, sabemos cómo escoger a nuestros líderes... sino podemos tener problemas con las organizaciones grandes... pero ahora tenemos nomás que apoyar, ya se ha hecho [CODEMETROP], aunque algunos quieren ser independientes nomás como norte Potosí... (Médico tradicional de Toro, 2009).

... la medicina tradicional recién está incursionando en una lógica de organización que antes no tenía... su único referente organizacional son sus organizaciones originarias o sindicales, afiliadas como miembros de una organización territorial

indígena originaria sindical, pero para hacer un ente que les represente a nivel orgánico estructural... es novedoso y se contradice con lo que ellos ya saben hacer. (Técnico CTB, 2009).

Funcionamiento del CODEMETROP

Actualmente, el CODEMETROP cuenta con una oficina que la prefectura de Potosí le asignó en el edificio del antiguo SEDES y con equipamiento básico para realizar sus diversas tareas. Al momento viene desarrollando diferentes actividades en coordinación con el SEDES y el PROHISABA. Sin embargo, su accionar se ve limitado debido a varios factores, uno de ellos es la poca claridad con la que los médicos tradicionales han enfocado el rol y el funcionamiento del Consejo. En efecto, algunos médicos conciben el CODEMETROP como un medio para conseguir ítems y formalizar su trabajo, lo que necesariamente derivaría en su institucionalización e incorporación en el sistema médico como funcionarios públicos, con horarios, obligaciones y un lugar fijo de trabajo. Otros médicos apuntan a lograr su autonomía política y económica del sistema de salud oficial, para ello buscan construir un proyecto político que les permita mayor independencia del SEDES y mayores márgenes de negociación con instancias de la cooperación internacional, del Estado, de organizaciones sociales, etc. No hay un horizonte definido.

... con ítems vamos a poder hacer todo, asistir a talleres, capacitaciones, incluso podemos enseñarles a los doctores, pero si no tenemos ítems con qué vamos a vivir, de dónde vamos a sacar para nuestras familias... nos exigen que trabajemos con ellos, pero si no nos pagan de puro de nuestro esfuerzo hacemos, eso no conviene, por esa parte bien está el CODEMETROP, mediante eso podemos conseguir que nos den ítem a todos. (Médico tradicional de Potosí, 2009).

... ponerte tu guardapolvo... estar bajo el mando de un médico, para eso es el ítem..., al ser empleado público yo me aíso de mi organización... el pensamiento de nosotros siempre es ser auto sostenibles. (Médico tradicional de Potosí).

... primero tenemos que pensar biencito qué es lo que queremos ... nadie va a querer ser mandado por el doctor, es como si en su cancha estuviéramos, nos va a querer mandar, por eso aparte tenemos que funcionar, está bien que nos organicemos, pero para funcionar aparte... pero claro por nuestro trabajo igual nos tiene que pagar el gobierno. (Médico tradicional del norte de Potosí).

... tenemos siempre que poder vivir de nuestra propia cosecha, aunque trabajemos bien con el doctor, tenemos que ser libres, pero para eso nuestra propia plata tenemos que tener, sería bueno que nos ayude el gobierno para empezar a producir medicamentos, pero después por nuestra cuentita tenemos que caminar. (Médico tradicional de Toro Toro, 2009).

... el ítem va a generar problemas, se van a mirar entre ellos y pueden pelear, también la confianza ya no va a ser igual, la gente va decir "por nosotros ahora tiene plata" y la gente puede desconfiar y decir eso y se pueden pelear, todos quisieran tener ítem. (Partera tradicional, Potosí).

Los que piden ítem no son los expertos, los sabios como se dice. Bueno, ellos tampoco son los que se dan a conocer fácilmente, eso es cierto, pero tampoco son aquellos que proponen y piden, los que piden, a mi modo de ver, hasta donde yo he podido observar son gente que está metida en todo, puede hacer de médico tradicional, le hace algo a lo que es mirar la coca, lo que es sanar con remedios caseros, con yerbas y todas esas cosas, pero también hace de dirigente, hace de RPS y demás cosas, es el hombre orquesta digamos de la comunidad, el que está más en contacto con las instituciones, ése es el que pide ítem y que puede trabajar incluso como médico tradicional o como partero o partera ¿no? ése es el que tiene interés. (Sociólogo CBT).

Entre los médicos tradicionales de las áreas rurales base existen diversas posiciones. Algunos consideran que la función principal de la organización

debería estar orientada a la consecución de ítems para su sostenibilidad en el largo plazo "el sueldo sería seguro y para mucho tiempo"; otros consideran importante un reconocimiento económico pero no necesariamente a través del ítem -esto significaría someterse a las reglas de funcionamiento de un establecimiento de salud biomédico-, la alternativa que proponen es obtener un rédito económico, pero que la función médica sea ejercida en las comunidades de acuerdo a usos y costumbres.

En el campo la gente está acostumbrada a que el médico tradicional vaya a su casa para curarle, no acostumbran ir al hospital aunque haya jampiri, por eso sería bien que ellos tengan un incentivo económico para que sigan curando, así hasta los jóvenes pueden interesarse más. (Partera tradicional, Potosí).

Una remuneración para el médico tradicional es importante para que pueda servir y trabajar con interculturalidad, para que tenga interés. La experiencia en Tinguipaya es de dos semanas y se les recomendaba que salgan juntamente con el jefe médico y que hagan la visita domiciliaria. Tenían que ubicar a las parteras y registrarles, era durante dos semanas, así no había mucho sometimiento, ésa era la idea. (Partera tradicional, Potosí).

Otra propuesta se ubica en una posición intermedia y sugiere que los médicos tradicionales atiendan dentro del establecimiento de salud durante uno o dos días semanales, y que los días restantes tengan la libertad para ejercer su profesión o dedicarse a otras tareas. Esta última propuesta surge porque en el área rural la medicina tradicional no es una ocupación de tiempo completo (al contrario de las ciudades, donde la mayoría de los médicos tradicionales "viven" de su práctica). En las áreas rurales, el médico tradicional es un miembro más de la comunidad y como tal debe cumplir con las diferentes obligaciones comunitarias, como limpieza de caminos, de acequias, "pasar" cargos, etc. Debe cumplir con sus obligaciones económicas, sociales y familiares que están estrechamente relacionadas con las actividades

agrícolas, ganaderas y de curación, aunque esta última es más de servicio a la comunidad que de rentabilidad económica.

... así nomás tiene que ser, no podemos **estar siempre** dentro del hospital; claro, a veces podríamos ir a avisar las cosas que hemos atendido... pero mejor siempre es estar afuera, aunque nos paguen, porque hay muchas cosas que hacer... dentro del hospital no se puede hacer... **tendríamos que** luchar por el ítem, pero para fuera... puede ser como hacemos hoy en día: martes y domingo yo vengo, los demás días atiendo afuera cuando me llaman a cualquier hora. (Médico tradicional, norte de Potosí).

No me gustaría atender todos los días aquí, qué sería de mi chacra, puedo estar viniendo en las tardes, o los domingos; tendríamos que anotar a la gente de que estamos en esos horarios o esos días... actualmente trabajamos con el auxiliar, aunque sería bien que nos pague también, pero no para estar todos los días. (Médico tradicional de Toro, 2009).

Los horarios del hospital **que cumplan los médicos** tradicionales, eso sí que no creo para los mayores, quizás para los jóvenes, ellos pueden acostumbrarse a trabajar en el hospital, yo estoy de acuerdo en que el médico tradicional esté en la comunidad, pero que el municipio les de ítem, pero no dentro del hospital, porque los médicos siempre les marginan y no les tratan bien, algunos en Tinguipaya dicen "el abuelo sólo coquea, no hace nada", así dicen los médicos, además los verdaderos médicos tradicionales prefieren siempre ir a la casa del enfermo y no al hospital, por eso en las comunidades siempre tiene que ser la atención. (Partera, Potosí).

Es importante considerar que, a nivel operativo, el CODEMETROP se ve limitado por la dependencia económica que existe con el SEDES y con los organismos de cooperación, por el hecho de que los médicos tradicionales, al no tener un perfil profesional reconocido por la normativa nacional, no pueden acceder directamente a los recursos económicos públicos. El presupuesto para desarrollar sus

actividades (por ejemplo, seguimiento al funcionamiento de los consejos municipales, encuentros de intercambio, realización de congresos y ferias, etc.) y su manejo, debe necesariamente pasar por la Unidad de Salud Interculturalidad del SEDES, que es el único ente en este momento que puede solicitar fondos para el desarrollo de este tipo de actividades. El resultado es la limitada funcionalidad del CODEMETROP, más cuando persisten actitudes de discriminación y de subordinación de los médicos tradicionales por parte de algunos funcionarios del SEDES.

... quisiéramos darle directamente a ellos [al CODEMETROP], pero no se puede, mi contraparte es el SEDES, mediante ellos sale la plata y a veces los trámites son tan burocráticos que los compañeros se escapan de hacer y ya no se hace o a la apurada se tiene que hacer. (Técnico de PROHISABA, 2009).

... tenemos que aprender siempre computación, para solicitar, porque cuando pedimos que nos lo hagan cartitas a veces nos ponen sus caras, entonces preferimos ni siquiera ir a las oficinas. (Médico tradicional Potosí, 2009)

... para pedir plata un trámite largo se hace, hay que llenar formularios, hacer infonnes, anotar todo lo que has gastado, de dónde a dónde has ido, y así. Entonces no tenemos tiempo para hacer tantos papeles... difícil es hacer los papeles para pedir plata, **así sin nada** prefiero ir a veces. (Médico tradicional de Potosí, 2009).

En definitiva, las diferentes posiciones sobre cuál debería ser la visión orgánica y la misión del CODEMETROP, la inaccesibilidad inmediata a recursos económicos y el interés reivindicativo de su dirección son factores que hacen que los esfuerzos vayan hacia la consolidación de una lógica gremial que se sobrepone a otra de fortalecimiento integral de la medicina tradicional, en la que se vela por la propiedad intelectual colectiva, la valoración y la protección de conocimientos.

El censo de médicos tradicionales

Una de las actividades más importantes e interesantes desarrollada con el apoyo del PROHISABA fue el Censo de Médicos Tradicionales, que respondió a la necesidad del CODEMETROP, del Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad y del SEDES de cuantificar los médicos tradicionales de Potosí y definir su participación de manera adecuada. Hasta entonces, se desconocía el número de practicantes de la medicina tradicional, así como los datos acerca de las distintas especialidades y el tipo de atención brindada a la población.

Los objetivos del censo de médicos tradicionales fueron los siguientes:

- Determinar la cantidad de médicos tradicionales, naturistas y parteras(os) existentes en los 38 municipios del departamento de Potosí.
- Crear una base de datos que permita el registro progresivo de los médicos tradicionales, naturistas y parteras(os).
- Contar con una base de datos para el posterior proceso de acreditación de los médicos tradicionales, parteras (os) y naturistas.

Previo a la realización del censo se hizo un diagnóstico cualitativo situacional de la medicina tradicional, con el objetivo de: indagar sobre las características del sistema tradicional de salud en el Departamento, conocer su funcionamiento, identificar tipos de terapeutas y las prácticas curativas más frecuentes realizadas por los médicos tradicionales. El diagnóstico apuntaba a mostrar en términos cualitativos (desde la percepción de los usuarios) el aporte de la medicina tradicional a la salud y conocer las percepciones de los médicos tradicionales sobre los procesos de articulación y complementación que podrían darse con la biomedicina.

En esa etapa se recolectó información a través de tres formularios de registro: uno para médicos tradicionales, otro para naturistas y un tercero para parteras. Estos formularios fueron ajustados y apro-



El censo de médicos tradicionales. © Giuseppe Iamelle. PROHISABA.

bados por el Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, por el SEDES Potosí y por el CODEMETROP.

Los formularios de registro estaban divididos en cinco partes: la primera, destinada a la identificación de la provincia, del municipio y de la comunidad; las otras cuatro relacionadas con datos personales, historia de trabajo, preguntas relacionadas a la acreditación y las firmas de las autoridades de la comunidad (originaria, sindical u otra).

La realización del censo atravesó por tres fases: a) actividades del precenso, b) recolección de información, y c) procesamiento y análisis de la información.

Actividades del precenso

Las actividades previas al censo fueron determinantes para su desarrollo.

- Planificación y organización del censo con los responsables de medicina tradicional del SEDES y con el CODEMETROP.

- Identificación de los municipios y de los establecimientos de salud a través de su ubicación en mapas.
- Aprobación de los formularios de registro por parte del Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad.
- Identificación y capacitación de los encuestadores.

Se definió que la recolección de la información esté a cargo de los auxiliares de enfermería, porque ellos conocen el territorio y la población de su jurisdicción, poseen conocimientos sobre el llenado de formularios, además de hablar el quechua. Fue a este personal que se capacitó en la recolección de la información.

La difusión y comunicación del censo se realizó a través de **circulares del SEDES, dirigidas a todos los servicios de salud, y por medio de comunicados difundidos por varias radioemisoras.**

Recolección de información

La recolección de la información también tuvo un proceso de planificación y siguió las siguientes etapas:

- Identificación del número de casas por comunidad, para así tener una aproximación del número de familias.
- Entrevista al jefe de hogar con el fin de encontrar médicos tradicionales o parteras.
- Registro individual de médicos tradicionales. En el caso de que se identificara un prestador en un domicilio, se procedió al llenado del formulario de registro.
- Acreditación comunal que respalde la información del médico tradicional. Un aval social otorgado por las autoridades comunales y por la misma población que permitió comprobar la veracidad de los datos obtenidos.
- Registro por concentración, una estrategia alternativa al proceso anterior que convocaba a los médicos tradicionales a los establecimientos de salud para su consiguiente registro.

Después de haber definido la metodología del censo de manera participativa, la etapa siguiente fue la consolidación del equipo de trabajo con la conformación de tres grupos: el primero, dedicado a recolectar información de campo; el segundo, a realizar la supervisión y la coordinación entre equipos de campo; y el último, encargado de sistematizar la información primaria recolectada. Esta organización se muestra a continuación:

Equipo encuestador	Comité de coordinación	Equipo de consolidación
Un encuestador por municipio.		
Un guía responsable.	Dos representantes del SEDES.	Un estadístico supervisor.
Un auxiliar de enfermería.	Dos representantes del CODEMETROP.	Estadísticos municipales.
Un auctorial comunal.		

Para el desarrollo del registro de médicos tradicionales se capacitó a los equipos con el objetivo de que cada uno contara con los suficientes conocimientos y destrezas para desenvolverse en terreno y adaptar los instrumentos y la metodología en caso necesario. Asimismo, para la implementación del censo se elaboraron manuales de funcionamiento y operación que fueron aplicados en coordinación con el personal de salud local y las autoridades comunales.

Procesamiento y análisis de la información

Para el procesamiento de la información se desarrolló un Sistema de Entrada de Datos que comprendió: análisis de la información; diseño e implementación de la base de datos; y diseño e implementación de la interface. Con este sistema se estableció el almacenamiento de la información recolectada, tarea que estuvo a cargo del equipo de consolidación (estadísticos municipales y supervisor), y tuvo como margen de depuración el 20% de los datos recogidos en terreno.

De acuerdo con el análisis de los resultados se observa: existe una correlación cuantitativa entre los centros más poblados y una mayor presencia de terapeutas tradicionales; del total de los médi-

cos tradicionales y naturistas registrados, la mayoría son hombres y, en el caso de las parteras, la mayoría son mujeres; muy pocos se reconocieron como naturistas; los censados son mayores de 45 años, muy pocos menores a esta edad; el ejercicio de la medicina tradicional, casi en la totalidad de los censados, supera los 15 años, este recorrido les ha dado mucha experiencia y reconocimiento por parte de la comunidad. La mayoría de los médicos tradicionales registrados mostraron interés y apertura a establecer relaciones con el personal de salud del sistema biomédico.

Socialización de la metodología y resultados del censo

La última etapa consistió en la socialización de la metodología y los resultados del censo para su réplica en otros departamentos. El proceso estuvo dirigido por el Viceministerio de Medicina Tradicional y Salud Intercultural, instancia que, además de tomar las decisiones, debería asumir el proceso de registro como una más de sus herramientas operativas para contribuir a la implementación de la salud intercultural en el país. Sin embargo, la permanente inestabilidad política en este Viceministerio limitó la aplicación de la metodología y el uso del *software* a nivel nacional.

Limitaciones del censo

Durante el proceso de capacitación y de recolección de datos hubieron ausencias permanentes del personal de salud que asumió la responsabilidad de participar en el censo, debido, entre otras cosas, a la coincidencia con los cursos de capacitación convocados por otros departamentos del SEDES, además de vacaciones del personal de salud, poca información recibida, poca importancia atribuida al proceso de registro, etc.

En Chayanta parece que han cubierto el 10 ó 20 por ciento, más allá del 20 por ciento no creo, pese a que han tenido apoyo de algunos censadores con los mismos auxiliares y miembros de los consejos.

En cambio en el caso de Colquechaca, el presidente del Consejo de Médicos Tradicionales del Municipio ha acompañado al censador, incluso él mismo ha censado y con él se ha logrado hacer una buena cantidad, creo que en ese Municipio se ha tenido mayor cobertura, pero ni aún así yo he visto que mucha gente todavía no se ha hecho censar (...) Han habido varias razones, había un solo censador para un municipio o para una red municipal, es muy poco, entonces su cobertura, a pesar de que se hayan apoyado en un miembro de la medicina tradicional o el auxiliar también, no creo que haya sido suficiente, en algunos sectores los mismos auxiliares son nuevos y no conocen, otro aspecto es la parte de ellos mismos que no acceden, resulta que niegan, dicen no soy médico tradicional, se ocultan, hay una desconfianza. (Sociólogo CTB).

Fue limitada la participación de los terapeutas tradicionales, quienes mostraron poco interés en el registro. Fue también perjudicial la distancia entre sus domicilios y los establecimientos de salud, los costos de pasajes para su desplazamiento hasta los lugares de registro, la desconfianza al considerar al censo como una estrategia para controlar las actividades de los médicos tradicionales.

El tiempo y el momento en el que se realizó el censo (15 de noviembre al 15 de diciembre) limitó los resultados del registro. Un tiempo sumamente corto para desplegar una actividad tan importante. Los meses de noviembre y diciembre no son los más adecuados para el personal de salud ni para los médicos tradicionales, quienes se concentran a sus actividades agrícolas. El personal de salud, por su parte, también hace uso de sus vacaciones en esa época del año.

También se detectaron algunas irregularidades, como señala un médico tradicional "algunos auxiliares de enfermería han censado como médicos tradicionales a gente que no era, sólo por amistad" (Médico tradicional de Tinguipaya).

Estos son algunos elementos que limitaron el desarrollo del censo; sin embargo, y a pesar de las di-

ficultades, el SEDES y el CODEMETROP sacaron adelante el registro de médicos tradicionales, siendo hoy el único a nivel nacional.

Reglamentación de la medicina tradicional en Potosí

La medicina tradicional, mayormente difundida en las zonas rurales de Potosí, comenzó a aplicarse en los últimos años en el área urbana. Este aspecto se intensificó en el Departamento con mayor fuerza en los momentos en que la minería atravesaba por buenas temporadas, debido, sobre todo, a la migración del campo a la ciudad y a la demanda de los servicios terapéuticos tradicionales por parte de los emigrantes.

Mientras que en las áreas rurales la práctica de la medicina tradicional forma parte de un sistema de control de mecanismos propios de la cultura local -con reglas socialmente reconocidas-, en la ciudad esos mecanismos y normas de control tienden a perderse, por cuanto su ejercicio se realiza en un ambiente disperso y sin "control social", donde es el "mercado" el que dicta las reglas de conducta. El crecimiento, en los últimos años, de la demanda y la oferta de una amplia gama de alternativas terapéuticas ajenas al modelo tradicional y al modelo biomédico, ha contribuido con la aparición de charlatanes o *pajpakus*, que ejercen la profesión sin ser verdaderos terapeutas tradicionales.

La reglamentación de la medicina tradicional se transforma en un problema de salud pública desde el momento en que se quiere determinar: ¿Cuáles son los verdaderos terapeutas tradicionales?, ¿cuáles podemos considerar como prácticas reconocidas de la medicina tradicional?, ¿cómo deberían ser realizadas?, ¿con qué protocolos? Se trata de temas centrales y por ello muy debatidos que preocupan a las autoridades del Ministerio de Salud, del SEDES y también del CODEMETROP. Por esta razón, desde el Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, con el apoyo de las diferentes or-

ganizaciones de médicos tradicionales vigentes en el territorio nacional, se definió como prioridad la reglamentación de esta práctica.

En el campo de la regulación de la medicina tradicional es posible identificar tres grandes tendencias: a) integración, b) coexistencia, y c) tolerancia. En el primer grupo, el ejemplo de la medicina tradicional en China ha sido paradigmático. En este país los médicos tradicionales son reconocidos y su trabajo es oficialmente regulado. Esto permite que dichos médicos sean empleados en instituciones públicas de salud y que compartan capacidad de decisión clínica con los médicos entrenados bajo el modelo biomédico científico. En otros países, la medicina tradicional sólo ha logrado un grado de coexistencia con la medicina oficial a partir de un marco jurídico bien establecido, lo cual ha permitido cierto nivel de integración en el sistema oficial de salud; tales son los casos de India, Pakistán, Birmania y Bangladesh, entre otros. Finalmente, existen países donde la práctica de la medicina tradicional sólo es tolerada, es decir, no existe un marco legislativo que regule la práctica de los médicos que la practican, quienes, sin embargo, la ejercen cotidianamente a lo largo y ancho de los territorios nacionales. En esta situación se encuentra Bolivia y la mayoría de los países de América Latina. (Nigenda et al. 2001).

En Bolivia, la iniciativa de regulación de las prácticas de medicina tradicional surge en los años ochenta con la entrega de la personalidad jurídica al SOBOMETRA, a través de la Resolución Suprema del Ministerio de Salud No. 198771 del 18 de enero de 1984. SOBOMETRA, reconocida legalmente, asocia a diversos terapeutas (naturistas, acupunturistas, *yatiris* y médicos *kallawayas*, entre otros).

Esta resolución estuvo vigente por años. Sin embargo, en la práctica cotidiana, la medicina tradicional no fue regulada por ninguna ley, debido, entre otras razones, a la debilidad administrativa estatal y a la falta de control. En Bolivia, las instancias públicas históricamente mostraron poco interés en promover el desarrollo de la medicina tradicional, aun cuando existía una ley que les confería jurisdicción en relación con su regulación. En los últimos años,

la participación de las Organizaciones no Gubernamentales que trabajan en esta temática han impulsado cambios importantes en los procesos de regulación y el Viceministerio de Medicina Tradicional está centrando sus esfuerzos en la regulación.

Existe un "permiso oficial" para el ejercicio de la práctica de los terapeutas tradicionales. No obstante, una minoría a nivel nacional cuenta con un credencial otorgada por el Viceministerio del área. Potosí es el Departamento que más acreditaciones otorgó a sus médicos tradicionales (sólo a aquellos reconocidos por las comunidades), aspecto muy valorado por los médicos tradicionales tanto del área urbana como del área rural. Hay, sin embargo, una cantidad importante de médicos tradicionales de las comunidades que no está interesado en obtener una credencial.

El credencial es muy importante para cualquier problema que podemos tener; eso nos sirve para defendernos; a mí una vez un enemigo me había acusado de que estoy engañando a la gente y con la policía ha venido a buscarme a mi casa; pero yo les he mostrado mi credencial, entonces ya los he dejado callados, la policía me ha dado la razón a mí. (Médico tradicional de Potosí).

El interés del CODEMETROP al impulsar un sistema regulatorio para la medicina tradicional va relacionado, en particular, a los peligros de la charlatanería ya mencionados, contra los cuales los verdaderos terapeutas y los usuarios de la medicina tradicional quieren protegerse para no tener problemas legales.

La acreditación sabemos que es un sistema de identificación ante la sociedad, ante el Estado o ante su misma comunidad, de acuerdo a lo que es el sistema occidental o formal de una sociedad muy controlada, pero hay varios médicos tradicionales que aspiran ser acreditados porque, primero para ellos, es ser reconocidos, es un estatus social, (...) hay muchos que en lugar de percibir sueldo prefieren que se le reconozca con un credencial avalada, se sienten satisfechos e incentivados, eso es lo que esperan porque indican: "eso dice aquí, ahí está, eso es lo que soy", pero claro que eso no es una norma, porque nunca antes se ha visto eso, otras visiones dicen que no es necesario acreditar-

los, siempre han estado **así, basta** que sus servicios y su sabiduría puesta en práctica haya resuelto problemas, haya servido a la comunidad, ése es el único sistema de acreditación para ellos, pero como le digo, como están en contacto también con **el sistema** de salud moderno, con la sociedad, con las otras comunidades, con otros actores, con la Alcaldía, entonces ellos requieren, en sí, la sociedad los hostiga y les exige esa acreditación cuando viajan por ejemplo a Bombori [santuario para realizar curaciones], los médicos tradicionales me han estado exigiendo un credencial, estos días hay mucha afluencia y ellos van. Y hay la represión digamos policial, les cuestionan, les observan, les sacan multas, incluso los maltratan y entonces, si no tiene esa credencial va a ser objeto de eso, pero si tuviese esa credencial va a decir: "un momento señores aquí está mi credencial me ha reconocido mi organización", entonces necesitan, son como un medio de defensa, pero otros también no tienen necesidad porque no demandan, más están en sus comunidades. (Sociólogo CTB).

Por otra parte, el CODEMETROP ha volcado gran parte de sus esfuerzos a lograr la acreditación de sus miembros, pero también, a nivel de ente organizativo, orientan sus acciones a su reconocimiento jurídico legal a través de la consecución de su personería jurídica. Sin este sustento legal, los médicos tradicionales encuentran limitaciones en cuanto a posibles apoyos jurídicos y financieros para el desarrollo de sus actividades, y consecuentemente dificultades en independizarse del SEDES y falta de peso para exigir una mejor relación entre la medicina tradicional y la biomédica.

La acreditación de médicos tradicionales de Potosí

La acreditación estaba concebida como el resultado último del censo. Sin embargo, por diferentes razones, el proceso de acreditación de médicos tradicionales no se concretizó, aunque se desarrolló una propuesta de metodología de co-certificación y validación ministerial (con los ministerios de Salud y de Educación), donde se especificaban

competencias para la profesionalización de los médicos tradicionales.

El CODEMETROP también tiene propuestas para la acreditación que, aunque todavía no oficiales, sugieren los siguientes pasos: a) el intercambio de saberes entre médicos tradicionales, con el fin de encontrar y seleccionar "sabios"; b) la conformación de un "Consejo de Sabios"; y c) la aplicación de estrategias propias para la identificación de los verdaderos médicos tradicionales. Estas son algunas de las ideas que manifiestan los médicos tradicionales de Potosí. Sin embargo, el gran desafío al cual debe responder la directiva –ya que la primera fase del registro de médicos tradicionales fue llevada adelante con relativo éxito– es la dotación de credenciales.

Conclusiones

Las opiniones sobre el rol que puede cumplir la medicina tradicional en la salud pública de Bolivia –y de otros países en vías de desarrollo– son diversas y contradictorias: en términos generales el reconocimiento no pasa de meras declaraciones de principios que poco impactan en la forma en la cual se brinda los servicios a la población. La OMS-OPS, en su estrategia sobre medicina tradicional del 2002, define a ésta como prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades³. Esta estrategia es todavía muy actual, en cuanto propone acciones que no son aún plenamente realizadas, ni en Bolivia ni en muchas otras partes del mundo. Se trata de afrontar una serie de temas asociados con la política, la seguridad, la eficacia, la calidad, el acceso y el uso racional de la medicina tradicional a objeto de maximizar su potencial como fuente de cuidado de la salud.

La experiencia del CODEMETROP se inserta perfectamente en esta búsqueda de reconocimiento, de valorización de la medicina tradicional y de desarrollo profesional para sus agentes terapéuticos. Muestra en su seno todas las contradicciones que esta búsqueda conlleva: institucionalización y formalización, por un lado; pérdida de identidad cultural y de sus bases conceptuales, por el otro. En efecto, cualquier avance en la reglamentación de la medicina tradicional, en su inserción en el sistema de salud formal lleva a la pérdida de autonomía y de identidad. ¿Cuál ruta tomar? Es ésta una decisión colectiva e individual.

La realizado por el CODEMETROP es algo único en Bolivia, representa un esfuerzo de superación de la división existente entre las diferentes especialidades de la medicina tradicional: médicos tradicionales, naturistas, alternativos, etc. El Comité reúne, bajo la misma organización, a varios grupos y asociaciones de médicos tradicionales, generando auto identificación: *"nosotros los médicos tradicionales"*. Además, la estrategia de conformar consejos municipales amplió la representación del CODEMETROP a espacios locales y se constituyó en una alternativa para acceder a recursos municipales. No obstante, la organización no cuenta con los medios (técnicos, humanos y económicos) para generar relaciones dinámicas con los médicos tradicionales del área rural, de tal manera que los esfuerzos que realiza en ese aspecto son muy reducidos y no tienen el impacto deseado.

Sin embargo, la organización presenta contradicciones internas y varios puntos de vista acerca de sus objetivos y funciones, mismas que limitan su fuerza y capacidad de operatividad. La mayoría de sus acciones se centraron en lo reivindicativo y descuidaron el fortalecimiento integral de la medicina tradicional. Descuidaron acciones destinadas a la generación de recursos económicos propios –elaboración de medicamentos, estrategias de co-

3 OMS. *Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005*. Organización Mundial de la Salud 2002.

mercialización, entre otras-, o a la protección de su conocimiento -derechos intelectuales colectivos- y a la investigación. Dedicaron la mayoría de su esfuerzo a la consolidación organizativa y normativa y a ser reconocidos y valorados por el sistema médico oficial, hecho fundamental para iniciar el proceso de articulación y complementación entre medicinas, pero insuficiente para fortalecer integralmente a la medicina tradicional. Además, el CODEMETROP dejó de lado un aspecto importante de su mandato (por el cual los organismos de cooperación habían apoyado su creación), el desarrollo de procesos de articulación con el sistema biomédico a objeto de mejorar las condiciones de salud de la población. Esta actividad, que para muchas instituciones era la más importante, se vio perjudicada por la lucha de reivindicaciones políticas y económicas. El hecho de tener varios consejos municipales y uno departamental no implica mejor comunicación ni garantiza la puesta en marcha de estrategias de articulación entre medicina tradicional y sistema biomédico.

En la experiencia de Potosí, el proceso de regulación a través de la realización del censo y la futura acreditación se convierte en un tipo de control antes que de regulación, situación que surge por las asimetrías de poder entre quienes controlan -SEDES y Viceministerio de Medicina Tradicional- y quienes son controlados -terapeutas tradicionales-.

La regulación de la actividad de los proveedores de medicina tradicional es un proceso que presenta complejidades particulares. Dado que los terapeutas tradicionales no cuentan con una formación estandarizada, su reconocimiento formal por parte del Viceministerio u otras instancias requiere de la definición de criterios precisos que correspondan a la cultura local y a la especificidad terapéutica. Otro elemento que dificulta la regulación es la gran

variedad de prácticas curativas utilizadas por los médicos tradicionales, la dificultad que representa evaluar su aplicación correcta y su efectividad, y la misma informalidad que caracteriza el sistema médico tradicional. Sería entonces importante aprender de experiencias avanzadas de otros países para la regulación de la medicina tradicional.

En caso de hacerse realidad la acreditación, es recomendable que, en lo operativo, este proceso esté a cargo de los propios médicos tradicionales. En el caso de Potosí por el CODEMETROP -que viene reflexionando desde su creación formas de acreditación- y por sus consejos municipales.

La medicina tradicional, por su dinamicidad, ha modificado sus prácticas curativas. Si bien continúa teniendo mayor representación en zonas rurales, su presencia cada vez mayor en áreas urbanas requiere de formas de regulación específicas, donde se considere las características del mercado de servicios, así como las características de la población que demanda su uso. Sin embargo, es dudoso que este tipo de medidas sean efectivas ya que la práctica de la medicina tradicional, como se sabe, se lleva a cabo en el ámbito del hogar o en espacios donde la capacidad de control de las autoridades es prácticamente nula. (Nigenda et al. 2001).

Por último, un aspecto importante para la medicina tradicional de Potosí es la alianza estratégica generada entre los centros de decisión -como el SEDES- y los actores sociales. Esta alianza es fuente de sostenibilidad del programa del CODEMETROP y de sus objetivos de valorización, rescate y promoción de la medicina tradicional. Además, dio lugar a la creación e implementación del Plan de Interculturalidad del SEDES, que es parte de la planificación departamental y que, por lo tanto, es sostenible en el tiempo.

Bibliografía:

Aguiló, Federico

1982 *Enfermedad y salud según la concepción aymara quechua*. Sucre, Bolivia.

Barriga, Roberto

1999 *Salud pública y medicina tradicional en los pueblos indígenas y originarios de Bolivia*. La Paz.

BDO - PROHISABA

2008 *Sistematización del proceso de la estrategia de articulación entre la medicina tradicional y la medicina institucional*. Documento inédito.

Campos, Roberto

1997 *Nosotros los curanderos: Experiencia de una curandera tradicional en el México de hoy*. México.

Instituto Nacional de Estadística

2001 *Censo de población y vivienda*. La Paz, Bolivia

Nigenda, Gustavo; Mora, Gerardo; Aldama, Salvador; Orozco, Manuel

2001 *La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: el dilema entre regulación y tolerancia*. Salud pública México Vol.43 N°1 Cuernavaca.

OMS

2002 *Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional, 2002-2005*.

Poli Meconi, Mario

2008 *Terapéutica de la medicina tradicional andina : Consideraciones Culturales acerca de su rol y eficacia en Historia de la medicina peruana en el siglo XX*. Lima, Perú.

EL PROGRAMA DE SALUD INTERCULTURAL DEL SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE POTOSÍ

Luis Mendizábal, Justina Miranda, Claudio Marca, Esteban Arriaga

Antecedentes

Históricamente **el Sistema de** Salud de Potosí (SEDES) desarrolló acciones de promoción y prevención de la salud desde una perspectiva biomédica, pero desde hace unos años incursionó en el enfoque de la salud intercultural, aplicando procesos de planificación, monitoreo y retroalimentación de políticas y estrategias que, en septiembre de 2006, se **materializaron con la** creación de la Unidad de Salud Intercultural.

Los lineamientos de trabajo de la Unidad se centran en dos aspectos: integración con la medicina tradicional, y adecuación intercultural **del sistema** biomédico, en especial de la salud materna.

El sistema de medicina tradicional, por su parte, ha desarrollado sus acciones de manera independiente, incluso individual, a partir de iniciativas como Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional (SOBOMETRA), a nivel nacional, y la conformación, el 23 de julio de 2006, del Consejo Departamental de Médicos Tradicionales Originarios de Potosí (CODEMETROP), a través de **los cuales visualiza** una lógica integradora de "ser parte de" y que plantea el cumplimiento de las siguientes metas:

- Legalización y aprobación de acciones y plan por el Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad.
- Conformación de los 38 consejos municipales de médicos tradicionales.
- Fortalecimiento en el manejo de las plantas **medicinales tradicionales**.
- Intercambio de saberes entre médicos **tradicionales**.
- Elaboración de reglamento, estatuto de funcionamiento y personería jurídica.
- Reglamentación del uso de las plantas **medicinales**.
- Respeto de las sabidurías ancestrales.
- Conformación de una comisión de gestión de ítems.

Tanto la representación del sistema oficial, simbolizada por el SEDES Potosí a través de la Unidad de Interculturalidad, como el CODEMETROP desarrollaron sus actividades de manera independiente.

Paralelamente, se creó el Viceministerio de Salud Intercultural que organizó, en agosto de 2007

en la ciudad de Potosí, el Diálogo Nacional de Salud Intercultural "Para vivir bien", evento en el que participaron actores sociales, autoridades político-administrativas, terapeutas tradicionales y representantes del sistema de salud. En la ocasión se presentaron experiencias operativas de toda Bolivia, donde el primer Viceministro de Medicina Tradicional, Jaime Zalles, junto al CODEMETROP, expuso sus planes de trabajo, con objetivos coincidentes a los de los representantes del SEDES Potosí. Resultado de este encuentro surgió, a mediados de 2007, el primer plan de trabajo conjunto SEDES - CODEMETROP presentado al Viceministerio y aprobado por esta institución, la misma que solicita financiamiento para su realización al Programa de Apoyo al Sector de la Higiene y Salud de Base (PROHISABA).

El "Plan de salud intercultural SEDES - CODEMETROP" se basa en tres pilares fundamentales, los mismos que destacan el componente de gestión:

1. Fortalecimiento a la medicina tradicional
 - Censo de los terapeutas tradicionales.
 - Conformación de 38 consejos municipales de medicina tradicional. Con la idea de articularse con el nivel municipal y apalancar recursos para su fortalecimiento.
2. Atención con calidad e interculturalidad
 - Diseño de modelos de atención intercultural.
 - Elaboración de materiales de Información, Educación y Comunicación (IEC) con enfoque intercultural.
3. Gestión en salud intercultural.
 - Reuniones conjuntas de planificación y retroalimentación de las actividades del plan entre el SEDES y el CODEMETROP.
 - Gestión de recursos económicos de manera conjunta.
 - Seguimiento conjunto a acciones operativas.

Finalmente, entre el SEDES y CODEMETROP se analiza la posibilidad de ampliar el alcance del plan hacia un "Programa de salud intercultural".

Justificación

Siendo la concepción técnica del programa un elemento macro, más estratégico que el de un plan, tanto el SEDES como el CODEMETROP consideraron algunos elementos para poder avanzar, entre ellos se puede mencionar:

- Si bien existía un plan de trabajo que articulaba los objetivos del sistema de salud representado por la Unidad de Interculturalidad y el CODEMETROP, financiado por el PROHISABA, era necesario un elemento integral articulador de las otras experiencias de salud intercultural del departamento a nivel operativo. Por ello, se las integra al diseño del programa, como la experiencia de la Cooperación Italiana, Causananchispaj, Médicos Mundi, ASI, etc.
- Ante la existencia de experiencias operativas en salud intercultural en el departamento, que concluían junto a la culminación del apoyo técnico financiero de instituciones u organismos internacionales, surgió la necesidad de plantear al Estado, representado por la Prefectura, un programa departamental de salud intercultural.
- Era necesario continuar con el apoyo a la implementación del plan de trabajo en salud, gracias al cual se logró realizar el censo y organizar a nivel municipal y departamental a los médicos tradicionales.
- Con la implementación del programa con fondos del Estado, a nivel departamental, se abriría una brecha de inversión en el sector salud, lo que hace necesario aplicar procesos de evaluación para cuantificar el bienestar de la población a través de la complementariedad de las acciones entre los sistemas de salud biomédico y tradicional.
- La nueva Constitución Política del Estado creó un escenario político favorable para la medicina tradicional y la salud intercultural, en ella se reconoce y se incentiva el apoyo de estos saberes tradicionales en el ámbito de la salud.

Descripción

El programa tiene tres componentes fundamentales:

- Fortalecimiento a la medicina tradicional.
- Atención con calidad e interculturalidad.
- Gestión en salud intercultural.

Objetivos **generales**

Fortalecer el sistema de salud del departamento de Potosí a través de la complementariedad del sistema oficial con la medicina tradicional, a objeto de mejorar la salud, facilitando el mayor acceso de la población a los servicios.

Objetivos Específicos

- Fortalecer la gestión de la medicina tradicional.
- Mejorar la calidad de atención de salud con interculturalidad en cinco redes de salud del departamento.
- Aplicar y mejorar el modelo de gestión de un **sistema** de salud complementario

Metodología

La ejecución del Programa de Salud Intercultural se desarrolla bajo la responsabilidad de la Unidad de Interculturalidad del SEDES, se operativiza con los

PLAN ESTRATÉGICO DE OPERACIONES

COMPONENTES	PRODUCTOS INTERMEDIOS
	Capacitación sistematizada a los médicos tradicionales para rescatar las prácticas en salud.
	Talleres de intercambio de conocimientos y experiencias del sistema médico tradicional.
	Validación de estatutos, a través de un congreso orgánico.
	Contar con Personería Jurídica de MT.
	Actualización y registro permanente de médicos tradicionales en los municipios del departamento, utilizando la base de datos del nivel nacional.
	Certificación y co-certificación con el SEDES y médicos tradicionales en base a modelos del VMMTI.
1.-Fortalecimiento de la medicina tradicional	Elaboración y aplicación del primer reglamento normativo del departamento para el ejercicio y la práctica de la medicina tradicional.
	Funcionamiento de CODEMETROP.
	Materiales de escritorio, sueldos, secretaría, director y presidente departamental de M.T. Gastos jurídicos.
	Mejorar el conocimiento y el uso de plantas medicinales y nutricionales. (Recuperar, revalorizar productos alimenticios andinos). Consultores y expertos.
	Patentar y registrar plantas medicinales.
	Diagnóstico e implementación de laboratorios artesanales según piso ecológico.
	Seguimiento en terreno a consejos municipales de médicos tradicionales, roles, funciones, acciones y organización.

	Diagnóstico de servicios de salud con espacios interculturales funcionales.
	Motivar la atención del parto con respeto y dignidad, ajuares para partos institucionales y tradicionales en servicio.
	Aplicación de instrumentos de registro, referencia y contra referencia del sistema médico tradicional.
	Seguimiento y evaluación a la aplicación de instrumentos, planes y acciones.
2.- Mejoramiento de la calidad de atención con interculturalidad	Registro e investigación del uso y causas de la no utilización de salas de parto tradicionales.
	(Paciente, partera, auxiliar de enfermería).
	Establecer una estrategia comunicacional, difusión amplia, aplicar (S.S.R. Nutrición, AIEPI, Atención Intercultural) y generar (Tuberculosis, Chagas, ITS, Atención adolescente, y Seguros) materiales IEC en salud con enfoque Intercultural.
	Seguimiento al funcionamiento de boticas comunales, para tomar nuevas acciones.
	Capacitación y sensibilización en salud intercultural, propiciar la incorporación de temas interculturales en la currícula universitaria, pregrado y postgrado.
	Implementación de facilitadores interculturales Willaqkuna en servicios de 2do. y 3er. nivel del departamento.
	Aplicación de modelos de gestión en base al SAFCI.
	Elaboración de planes de salud intercultural a nivel de municipios, incorporar recursos financieros en POA de salud municipal.
	Seguimiento mensual y realimentación al Programa de Salud Intercultural. SEDES Y CODEMETROP.
3.- Gestión en salud intercultural	Seguimiento trimestral al modelo SAFCI. Reuniones con coordinación SAFCI, Coordinación de brigadas SAFCI, Unidad de Salud Intercultural, CODEMETROP, Unidad de Promoción, otros cooperantes, organizaciones originarias.
	Evaluación semestral, logros y resultados del Programa de Salud Intercultural a nivel Departamental y Nacional.
	Participación de CODEMETROP en consejos técnicos del SEDES.
	Participación en consejos sociales de salud departamental y municipal, como directivas.

recursos humanos del Ministerio de Salud y Deportes, en forma conjunta y coordinada con el CODEMETROP, a nivel departamental, y con los consejos de médicos tradicionales, a nivel municipal. Cada uno de los componentes del programa tiene responsabilidades compartidas entre el SEDES y el CODEMETROP.

Logros y dificultades

Entre los principales logros se destacan:

La implementación con enfoque técnico administrativo de las Oficinas Departamentales de Salud Intercultural y Medicina Tradicional, cuya principal función es la gestión y el incremento de nuevas ex-

perencias para poder ampliar sus intervenciones.

El apoyo estratégico al censo de terapeutas tradicionales, y su organización en 38 municipios, hizo que estos asuman su importancia y presencia.

Parte del programa fue inscrito en el POA institucional del SEDES y sirvió para difundir y fortalecer el enfoque intercultural en salud a nivel departamental y nacional.

La implementación de parte del programa sirve de modelo estratégico para los lineamientos a nivel nacional.

Entre las dificultades se pueden identificar:

Los constantes cambios de autoridades nacionales en el sector de medicina tradicional, que ha dificultado la apropiación y retroalimentación de experiencias operativas y estratégicas, como el programa de salud intercultural.

La falta de apropiación y toma de decisiones de las autoridades así como de apoyo financiero para continuar con la implementación del programa, pone en peligro lo que hasta la fecha se avanzó en el tema estratégico de gestión intercultural.

Si bien en el marco legal constitucional se menciona a la medicina tradicional y a la salud intercultural, se podrían aprovechar lineamientos desarrollados en gestión y empoderamiento de los terapeutas tradicionales para plantear la reglamentación del ejercicio de la medicina tradicional y su articulación con el sistema oficial.

El poco apoyo técnico y financiero a las acciones de fortalecimiento de la medicina tradicional hace prever, a futuro, su desarticulación como sistema de salud y la desaparición paulatina de los saberes ancestrales.

AUTORES QUE
CONTRIBUYERON A
ESTE VOLUMEN

Abigail Aguilar Contreras. Etnobotánica mexicana. Herbario del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), México D. F.

Xavier Albó. Antropólogo español y jesuita, reside en Bolivia desde hace varios años. Licenciado en teología (Chicago), doctorado en antropología y lingüística (Cornell) y en filosofía (Quito). En 1971 fundó el Centro de Investigación y Promoción del Campesinado (CIPCA), donde desde 1978 se dedica principalmente a la investigación activa de la realidad cultural, social y lingüística de Bolivia. Sus obras más importantes incluyen: *Movimientos y poder indígena en Bolivia, Ecuador y Perú* (2008), *Por una Bolivia plurinacional con autonomías* (Coaut. con F. Barrios, 2007), *Iguales aunque diferentes* (4^o ed. 2002).

Elia Nora Arganis **Juárez.** Antropóloga Mexicana. Doctora en antropología e historia y docente en la Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.

Esteban Arriaga, médico tradicional boliviano. Es Presidente del Consejo Departamental de Médicos Tradicionales de Potosí (CODEMETROP).

Domenico Bruzzone, Director de la Oficina Regional de la Cooperación italiana en La Paz, para el área andina. Es especialista en medio ambiente y economista ambiental; empezó su profesión en el marco de las Naciones Unidas, y posteriormente como experto en ayuda al desarrollo y Cooperación técnica en la Dirección General para la Cooperación al Desarrollo (DGCS) del Ministerio de Asuntos Exteriores de Italia. Ha sido responsable de la gestión del Ciclo de Proyecto en el Programa de Medio Ambiente en Roma, y Director de la Oficina Regional en África occidental.

Roberto Campos Navarro. Médico cirujano, antropólogo e investigador mexicano. Especialista

en medicina familiar y en educación y promoción de la salud, con maestría en Antropología Social y doctorado en Antropología por la UNAM. Actualmente es coordinador de investigación del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina de la Facultad de Medicina de la UNAM. Ha publicado, entre otras obras: *La antropología médica en México*, tomo 11 (1992); *Medir con la Cinta y tirar .del cuerito* (2009).

Andrea Caprara, médico antropólogo italiano, profesor de la Maestría y Doctorado en Salud Pública, Universidad del Estado del Ceará, Brasil (Universidad Estatal del Ceará). Médico, PhD en Antropología por la Universidad de Montreal, Canadá. Autor de diferentes artículos acerca de la relación médico-paciente. Entre los libros publicados recordamos, en coautoría con Alvaro Madeiro Leite y João Macedo: *Habilidades de comunicación con pacientes y familias* (São Paulo: SARVIER, 2007)

Luca Citarella Menardi, antropólogo italiano. Ha trabajado por más de 20 años en distintos organismos de cooperación internacional en América Latina, siguiendo la problemática intercultural tanto en el área de la educación como de la salud y publicando distintos libros en la temática. Desde 2005 trabaja en la Delegación de la Comisión Europea en La Paz, donde se desempeña como responsable de los programas de la CE en Bolivia en el área social.

Juan Carlos Delgadillo Olivares. Boliviano, es licenciado en sociología por la Universidad San Simón de Cochabamba y ha realizado investigaciones en el marco de la salud comunitaria intercultural en pueblos indígenas y originarios para la elaboración de instrumentos técnico normativos del Ministerio de Salud y Deportes, también ha sido parte del equipo responsable de la construcción del actual modelo sanitario de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural (SAFCI).

Antonio Lapenta, economista italiano. Desde hace varios años se desempeña profesionalmente en la gestión aplicada a los sectores de interés público. A partir del 2004 inicia su labor docente en el sector de gestión pública colaborando con la cátedra de Economía de la Administración Pública de la Universidad Bocconi de Milán. Actualmente es Jefe del programa de la cooperación italiana *"Apoyo al desarrollo del sistema socio-sanitario del Departamento de Potosí, Bolivia"*.

Lorenzo Leonelli, licenciado en Ciencias Políticas con maestría en Derechos Humanos. Desde el 2006 hasta mediados de 2009 ha trabajado en la Oficina de Cooperación Italiana en Bolivia como técnico administrativo, ocupándose también del seguimiento y de la asistencia al Programa de Apoyo al desarrollo del Sistema socio-sanitario de Potosí.

Valentino Luzi, médico italiano. Desde hace años está profesionalmente comprometido en temas de la cooperación internacional. Desde 1985 trabaja en América Latina, especialmente en Ecuador, Perú y Bolivia, en proyectos socio-sanitarios como consultor y jefe de proyecto. Ha sido responsable del programa de apoyo al desarrollo del sistema socio-sanitario de Potosí desde 1998 a 2002.

Claudio Marca, médico tradicional boliviano. Es Director Departamental de Medicina Tradicional e Interculturalidad del SEDES de Potosí.

Luis Mendizábal, médico boliviano. Es responsable de la Unidad de Interculturalidad del Servicio Departamental de Salud (SEDES) de Potosí.

Zuanilda Mendoza González. Mexicana, doctora en medicina, es investigadora de las concepciones y prácticas relacionadas a la salud materna infantil en contextos indígenas de Latinoamérica. Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Eduardo L. Menéndez, antropólogo argentino radicado desde hace varios años en la ciudad de México, donde se desempeña como docente en el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS). Es uno de los teóricos e investigadores pioneros en el área de la antropología médica en Latinoamérica. Publicó *Antropología médica: orientaciones, desigualdades y transacciones. Saber y hegemonía médica, De algunos alcoholismos y algunos saberes* y muchos otros trabajos. En años recientes ha estudiado y denunciado la generalización de la biologización a escala mundial.

Justina Miranda, licenciada en Enfermería, es asistente técnico de la Unidad de Interculturalidad del SEDES de Potosí

Eduardo Missoni, médico italiano. Su vida profesional ha estado enteramente dedicada a los temas de desarrollo y de la cooperación internacional. Primeramente como voluntario civil en Nicaragua, sucesivamente como funcionario de UNICEF en México y, posteriormente, por diez y seis años en la Dirección General para la Cooperación al Desarrollo (DGCS) del Ministerio de Asuntos Exteriores, como experto responsable de las iniciativas de cooperación socio-sanitaria con América Latina y gran parte de África subsahariana.

Ariel Pérez Rosas. Investigador de la comunicación chileno que trabaja en Bolivia desde hace más de 20 años, tanto en la investigación como en la conducción de programas y proyectos de salud y de comunicación para la salud. Docente de licenciatura y maestrías en las carreras de Ciencias de la Comunicación Social de universidades bolivianas (UMSA, UCB y UNIVALLE), y ha sido director académico del Postgrado en Comunicación para la Salud de la Universidad Andina Simón Bolívar.

Adriana Ruiz. Mexicana, doctora en medicina, con maestría en Derechos Humanos por la UNAM.

Docente del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Montserrat Salas Valenzuela. Antropóloga social mexicana del CIESAS. Desde 1991 es investigadora del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México. Ha desarrollado investigaciones en temas de antropología médica, salud de las mujeres, nutrición infantil y perspectiva de género aplicada a la salud. Autora de diversos artículos y capítulos de libros especializados.

Ingrid Tapia Montecinos, boliviana. Es licenciada en economía y tiene maestría en Estudios para el Desarrollo en el Institut Universitaire d'Études du Développement de la Universidad de Ginebra en Suiza. Tiene estudios de postgrado en salud intercultural en la Universidad Autónoma de México (UNAM) y la Universidad Tomás Frías y ha realizado investigaciones con el Programa de Investigación Estratégica en Bolivia (PIEB).

Luis Alberto Vargas. Médico, antropólogo e investigador mexicano. Es investigador titular en el Instituto de Investigaciones Antropológicas de la UNAM e integrante del Sistema Nacional de Investigadores; es miembro de la Academia Mexicana de Ciencias y de la Academia Nacional de Medicina y presidente de la Unión Internacional de Ciencias Antropológicas y Etnológicas.

Oscar Velasco, médico boliviano natural de Oruro. Trabaja desde hace 26 años en el ámbito de la investigación y mejoramiento de calidad brindada por los servicios de salud a la población boliviana. Tuvo una formación en antropología de parte del Dr. Joseph Bastien, con quien desarrollaron investigaciones sobre medicina tradicional y descripciones de los médicos tradicionales publicadas en varios libros. Ha trabajado con varios organismos de cooperación como PCI, PROCOSI, USAID y Cooperación Italiana. Actualmente es coordinador del Postgrado en Salud Intercultural de la UMSA. Es un conocedor del componente de ritualidad de la medicina tradicional boliviana

Jaime Zalles Azín. Filósofo, teólogo y terapeuta tradicional boliviano. Investigador y estudioso de la herbolaria tradicional boliviana, es autor de infinidad de artículos, poblaciones y libros, como *Utasan Utjir Qollanaka; medicinas junto a nuestra casa, descripción y uso de 100 plantas medicinales del altiplano boliviano*, 2006; *El verde de la salud*, 1992.

Alessia Zangari, Antropóloga italiana, magister en Antropología del Desarrollo por la Universidad de Sussex (Reino Unido), y en Nutrición y Dietética Humana por la Universidad de Cádiz (España). Trabaja en el sector de la cooperación al desarrollo en el ámbito de la salud, especialmente en proyectos de promoción de la salud **en los** pueblos indígenas del área andina.